



# Professionelle Gesundheitskompetenz ausgewählter Gesundheitsprofessionen/-berufe:

Ergebnisse einer Pilotstudie in der Schweiz, Deutschland  
und Österreich (HLS-PROF)

## **HLS-PROF Konsortium:**

Saskia Maria De Gani, Robert Griebler, Lennert Griese, Alexander Haarmann, Rebecca Jaks, Doris Schaeffer, Denise Schütze und Christa Straßmayr

## Impressum

### Projektteams:

#### **Schweiz**

Dr. Saskia Maria De Gani  
Rebecca Jaks  
Jonas Ph. Kocher

#### *Kontakt:*

Dr. Saskia Maria De Gani, Leiterin Careum Zentrum für Gesundheitskompetenz,  
Careum Stiftung, T +41 43 222 64 29, [saskia.degani@careum.ch](mailto:saskia.degani@careum.ch)

#### **Deutschland**

Prof. Dr. Doris Schaeffer  
Prof. Dr. Mujaheed Shaikh  
Dr. Alexander Haarmann  
Dr. Lennert Griese  
PD Dr. Ralf Suhr  
Markus Seelig

#### *Kontakt:*

Prof. Dr. Doris Schaeffer, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, T +49 5 21 / 106 – 4669, [doris.schaeffer@uni-bielefeld.de](mailto:doris.schaeffer@uni-bielefeld.de)

#### **Österreich**

Dr. Robert Griebler  
Dr. Thomas Link  
Denise Schütze, MA  
Mag.<sup>a</sup> Christa Straßmayr  
Sandra Liedtke

#### *Kontakt:*

Dr. Robert Griebler, Kompetenzzentrum Gesundheitsförderung und Gesundheitssystem, Gesundheit Österreich, T + 43 1 515 61 – 177, [robert.griebler@goeg.at](mailto:robert.griebler@goeg.at)

### Zitation:

HLS-PROF Konsortium (2023): Professionelle Gesundheitskompetenz ausgewählter Gesundheitsprofessionen/-berufe. Ergebnisse einer Pilotstudie in der Schweiz, Deutschland und Österreich (HLS-PROF). Careum, Hertie School/ Universität Bielefeld/Stiftung Gesundheitswissen und Gesundheit Österreich, Zürich – Berlin/Bielefeld – Wien.

Die Studie wurde in der Schweiz von der Careum Stiftung finanziert und vom Careum Zentrum für Gesundheitskompetenz (ZGK) durchgeführt. In Deutschland wurde die Studie von der Hertie School und der Universität Bielefeld in Zusammenarbeit mit der Stiftung Gesundheitswissen (SGW) realisiert, die Entwicklung des Erhebungsinstruments wurde von der Robert Bosch Stiftung unterstützt. In Österreich erfolgte die Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) und wurde von der Gesundheit Österreich (GÖG) durchgeführt und aus Mitteln der Agenda Gesundheitsförderung finanziert.

### Dank

Wir danken allen an der Diskussion der Studie beteiligten Expertinnen und Experten, für ihre zahlreichen Hinweise und wertvollen Beiträge. Ein spezieller Dank gilt allen Verbänden und Organisationen, die in Österreich und der Schweiz die Rekrutierung der Gesundheitsprofessionen/-berufe unterstützt haben. Unser besonderer Dank gilt den Teilnehmerinnen und Teilnehmern an der Studie – ohne sie wäre diese Studie nicht möglich gewesen.

# Inhaltsverzeichnis

Abstract	5
<b>1 Relevanz der Studie</b> <i>Saskia Maria De Gani, Robert Griebler, Lennert Griese, Alexander Haarmann, Rebecca Jaks, Doris Schaeffer, Denise Schütze und Christa Straßmayr</i>	<b>7</b>
<b>2 Professionelle Gesundheitskompetenz – Konzeptioneller Rahmen</b> <i>Doris Schaeffer und Lennert Griese</i>	<b>12</b>
<b>3 Methodisches Vorgehen</b>	<b>24</b>
3.1 Erhebungsinstrument <i>Robert Griebler, Saskia Maria De Gani, Lennert Griese, Alexander Haarmann, Rebecca Jaks, Thomas Link, Doris Schaeffer, Denise Schütze und Christa Straßmayr</i>	24
3.2 Datenerhebung <i>Saskia Maria De Gani, Robert Griebler, Lennert Griese, Alexander Haarmann, Rebecca Jaks, Thomas Link, Doris Schaeffer, Denise Schütze und Christa Straßmayr</i>	33
3.2.1 Schweiz	33
3.2.2 Deutschland	34
3.2.3 Österreich	37
3.3 Beschreibung der Stichprobe <i>Saskia Maria De Gani, Robert Griebler, Lennert Griese, Alexander Haarmann, Rebecca Jaks, Thomas Link, Doris Schaeffer, Denise Schütze und Christa Straßmayr</i>	39
3.3.1 Schweiz	39
3.3.2 Deutschland	45
3.3.3 Österreich	50
3.4 Datenauswertung <i>Robert Griebler, Denise Schütze, Lennert Griese, Alexander Haarmann, Jonas Ph. Kocher und Thomas Link</i>	56
Abbildungsverzeichnis	59
Tabellenverzeichnis	59
<b>4. Professionelle Gesundheitskompetenz ausgewählter Gesundheitsprofessionen/-berufe. Ergebnisse für die Schweiz</b> <i>Saskia Maria De Gani und Rebecca Jaks</i>	<b>60</b>
<b>5. Professionelle Gesundheitskompetenz ausgewählter Gesundheitsprofessionen/-berufe. Ergebnisse für Deutschland</b> <i>Doris Schaeffer, Alexander Haarmann und Lennert Griese</i>	<b>129</b>
<b>6. Professionelle Gesundheitskompetenz ausgewählter Gesundheitsprofessionen/-berufe. Ergebnisse für Österreich</b> <i>Robert Griebler, Denise Schütze, Christa Straßmayr und Thomas Link</i>	<b>203</b>
<b>7. Diskussion der Ergebnisse</b> <i>Saskia Maria De Gani, Robert Griebler, Lennert Griese, Alexander Haarmann, Rebecca Jaks, Doris Schaeffer, Denise Schütze und Christa Straßmayr</i>	<b>272</b>

## Abkürzungen

BMSGPK	Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
CAWI	Computer-Assisted Web Interviewing
DACH	Deutschland (D), Österreich (A), Schweiz (CH)
GK	Gesundheitskompetenz
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GP/GB	Gesundheitsprofessionen/Gesundheitsberufe
HLS-PROF-AT	Professionelle Gesundheitskompetenz ausgewählter Gesundheitsberufe – Ergebnisse für Österreich
HLS-PROF-CH	Professionelle Gesundheitskompetenz ausgewählter Gesundheitsberufe – Ergebnisse für die Schweiz
HLS-PROF-GER	Professionelle Gesundheitskompetenz ausgewählter Gesundheitsberufe – Ergebnisse für Deutschland
HLS-PROF Konsortium	DACH-Konsortium zur Messung der professionellen Gesundheitskompetenz
PROF-HL-Q	Fragebogen zur Messung der professionellen Gesundheitskompetenz
PROF-HL-Scores	Punktwerte zur professionellen Gesundheitskompetenz
SGW	Stiftung Gesundheitswissen
ZGK	Careum Zentrum für Gesundheitskompetenz

## Abstract

### Hintergrund

Studien zur Gesundheitskompetenz (GK) zeigen, dass ein erheblicher Teil der Bevölkerung über eine geringe GK verfügt. Die Förderung der GK stellt daher eine wichtige Aufgabe dar. Den Gesundheitsprofessionen/-berufen (GP/GB) kommt dabei eine wichtige Rolle zu. Um die GK ihrer Patientinnen/Patienten stärken zu können, müssen die GP/GB jedoch über vielfältige Fähigkeiten verfügen. So müssen sie professionell relevantes Fachwissen finden, verstehen, einschätzen und in ihrem Berufsalltag anwenden können, um ihre Patientinnen/Patienten auf dem neuesten Informations- und Wissensstand zu informieren. Zudem müssen sie in der Lage sein, Informationen so zu vermitteln und zu kommunizieren, dass Patientinnen/Patienten diese verstehen und für ihre eigene Gesundheitserhaltung nutzen können. Ebenso benötigen die Fähigkeit zur patientenzentrierten Kommunikation wie auch dazu, Patientinnen/Patienten im Umgang mit digitalen Gesundheitsinformationen zu unterstützen. Inwieweit GP/GB über diese *professionelle Gesundheitskompetenz* verfügen, ist allerdings unklar, denn bislang existierte weder eine klare Definition noch ein geeignetes Messinstrument.

### Methoden

Im Rahmen dieser Drei-Länder-Studie wurde deshalb ein neues Konzept sowie eine darauf aufbauende Definition erarbeitet. Nach dieser neuen Definition lassen sich vier Aufgabenbereiche unterscheiden: (1) professionelles Informations- und Wissensmanagement, (2) Informations- und Wissensvermittlung (mit fünf Teilbereichen), (3) patientenzentrierte Kommunikation und (4) professionelle digitale Gesundheitskompetenz. Darauf basierend wurde ebenfalls ein neues Erhebungsinstrument zur Messung der professionellen GK entwickelt und bei ausgewählten GP/GB eingesetzt.

Die Befragung fand in allen DACH-Ländern im Sommer 2022 mittels computergestützter Online-Interviews (CAWI) statt. Insgesamt konnten damit 921 Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen in Deutschland, 3.876 Pflegekräfte, Ärztinnen/Ärzte und Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten in Österreich und 1.613 Pflegekräfte, Ärztinnen/Ärzte, Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten und Apothekerinnen/Apotheker in der Schweiz befragt werden.

### Ergebnisse

Die Studienergebnisse zeigen vergleichbare Schwierigkeitsniveaus und ähnliche Antwortmuster in den drei Ländern. Für alle GP/GB in den DACH-Ländern ist die patientenzentrierte Kommunikation der einfachste und die professionelle digitale Gesundheitskompetenz – also die Unterstützung der Patientinnen/Patienten im Umgang mit digital verfügbaren Gesundheitsinformationen – der schwierigste Aufgabenbereich.

Auf der Ebene der einzelnen Aufgaben zeigt sich, dass es bei dem Informations- und Wissensmanagement für alle GP/GB am schwierigsten ist „statistische Ergebnisse korrekt einzuordnen“ und die „die wissenschaftliche Basis (Evidenz) fachlicher Informationen zu beurteilen“. Im Aufgabenbereich „Informations- und Wissensvermittlung“ stellt der Teilbereich „mit Herausforderungen bei der Informationsvermittlung umgehen“ alle GP/GB in allen drei Ländern vor die größte Herausforderung. Besonders schwer fällt hier der Umgang „mit fehl- oder falschinformierten Patientinnen/Patienten“. Im dritten Aufgabenbereich sind für alle GP/GB die Aufgaben „Patientinnen/Patienten ausreichend Raum für Fragen zu geben“ und sie „an Entscheidungen zu beteiligen“ am schwersten. Patientinnen/Patienten bei dem Finden und der Beurteilung von digitalen Gesundheitsinformationen zu unterstützen sind für alle GP/GB in allen drei Ländern die schwersten Aufgaben im Aufgabenbereich „professionelle digitale Gesundheitskompetenz“. Die Studienergebnisse zeigen zudem, dass eine gute Vorbereitung auf die Aufgaben

der professionellen GK durch die Ausbildung und gute organisationale Rahmenbedingungen einen positiven Einfluss auf die professionelle GK haben.

### **Schlussfolgerungen**

Die Pilotstudie liefert damit zahlreiche Hinweise, wo zukünftig angesetzt werden könnte, um die professionelle GK der GP/GB und damit auch die GK der Patientinnen/Patienten zu stärken.

# 1 Relevanz der Studie

*Saskia Maria De Gani, Robert Griebler, Lennert Griese, Alexander Haarmann, Rebecca Jaks, Doris Schaeffer, Denise Schütze und Christa Straßmayr<sup>1</sup>*

Gesundheitskompetenz (GK; engl.: Health Literacy) wird heute in allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens für wichtig erachtet, um mit den steigenden Anforderungen beim Umgang mit Gesundheitsinformationen zurechtzukommen – insbesondere im Gesundheitssystem. Eine angemessene GK gilt als wichtige Voraussetzung für nachhaltiges, präventives und gesundheitsförderliches Handeln, informierte Entscheidungen bei Gesundheits- und Krankheitsfragen, für die Bewältigung chronischer Erkrankungen und um der veränderten Patientenrolle zu entsprechen. Denn längst werden Patientinnen/Patienten im Gesundheitssystem nicht mehr als passive Rezipientinnen/Rezipienten verstanden, sondern als mündige, aktiv handelnde und informierte Mitgestalterinnen/Mitgestalter ihrer Gesundheit und Versorgung (Schaeffer & Pelikan, 2017). All das setzt GK voraus, verstanden als Fähigkeit zum Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen (Sørensen et al., 2012).

Das Konzept und der Begriff „Gesundheitskompetenz“ sind im angelsächsischen Raum entstanden (Simonds 1974; Vogt et al., 2016; Vogt & Gehrig, 2020) und entwickelten sich dort – vor allem in den USA und später in Kanada und Australien (Australian Bureau of Statistics, 2006; Canadian Council on Learning, 2008; Kirsch et al., 1993; Kutner et al., 2006) – schon vor mehr als zwei Jahrzehnten zu einem bedeutenden Forschungsfeld. Erste Studien folgten vornehmlich einem funktionalen Verständnis von GK (Kutner et al., 2006) und legten den Schwerpunkt auf die Ermittlung grundlegender Lese-, Schreib- und Rechenfähigkeiten, die zum Verständnis von Gesundheitsinformationen erforderlich sind (Rudd 2015). Dieses funktionale Verständnis wurde später um wichtige Dimensionen erweitert. Im Zuge dessen hat sich GK von einem rein funktionalen, krankheitsorientierten Konzept zu einem multidimensionalen, gesundheits- und Public-Health-orientierten Konzept entwickelt (Nutbeam, 2000), das – so ein weitere wichtige Entwicklung – GK nicht allein als Ergebnis persönlicher Fähigkeiten versteht, sondern auch die Umgebungs- und Kontextbedingungen der Menschen berücksichtigt (Parker, 2009; Parker & Ratzan, 2010; Sørensen & Pleasant, 2017). Eine summierende Definition wurde im Rahmen der ersten Europäischen Vergleichsstudie (HLS-EU) entwickelt (HLS-EU Consortium, 2012). Danach umfasst GK die Fähigkeiten eines Individuums, gesundheitsrelevante Informationen finden, verstehen, beurteilen und anwenden zu können, um im Alltag zu tragfähigen Entscheidungen zu gelangen, die ihre Gesundheit und Lebensqualität erhalten oder verbessern (nach Sørensen et al., 2012). Diese Definition prägt bis heute die europäische Diskussion und auch die Forschung über GK.

Mit der HLS-EU Studie wurden erstmals auch in Europa Daten zur GK der Bevölkerung vorgelegt (HLS-EU Consortium, 2012). Die Acht-Länder-Studie zeigt, dass – über alle Länder hinweg – etwa die Hälfte der Bevölkerung eine problematische oder unzureichende GK aufweist und Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen hat (Sørensen et al., 2015 HLS-EU Consortium, 2012). Sie belegt, dass die Förderung der GK der Bevölkerung eine wichtige Public-Health Aufgabe darstellt, für die es jedoch noch an ausreichenden Daten mangelte.

Seither ist GK in Europa zu einem wichtigen Forschungsfeld geworden, wobei der Schwerpunkt bislang vorrangig auf populationsorientierten Studien, seien es länderspezifische Studien zur GK der Allgemeinbevölkerung (ex. Doyle et al., 2012; van der Heide et al., 2013) oder Studien zu einzelnen vulnerablen Bevölkerungsgruppen lag (ex. Wängdahl et al., 2014) – nicht zuletzt, um zu soliden Grundlagen für eine empirisch fundierte Interventionsentwicklung zu gelangen. Auch in den deutschsprachigen Ländern sind

---

<sup>1</sup> alphabetische Reihenfolge

mittlerweile etliche solcher Studien entstanden (ex. Berens et al., 2022; Bieri et al., 2016; Gerich et al., 2015; Jordan & Hoebel, 2015; Pelikan et al., 2013; Quenzel & Schaeffer, 2016; Schaeffer et al., 2016; Schaeffer et al., 2021; Wang & Schmid, 2006; Zok, 2014).

Basierend auf den ersten nationalen Studien wurde inzwischen in der WHO Europa ein „Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy“ (M-POHL) gegründet, das eine neue internationale GK Studie, den Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS<sub>19</sub>) initiiert und durchgeführt hat. Am HLS<sub>19</sub> haben insgesamt 17 Länder teilgenommen (HLS<sub>19</sub> Consortium, 2021) – darunter auch Deutschland, Österreich und die Schweiz (De Gani et al., 2021; Griebler et al., 2021; Schaeffer et al., 2021).

All diese Studien konzentrieren sich vorrangig auf die GK der Bevölkerung und die persönliche GK. Dem mittlerweile etablierten relationalen Verständnis von GK (Parker, 2009) folgend ist jedoch wichtig, den Kontextbedingungen und dem Umfeld, in dem sich Menschen bewegen und GK erwerben, mindestens genau so viel Beachtung zu schenken, weil sie in einem engen Zusammenhang mit der persönlichen GK stehen. Erst dadurch rücken die alltäglichen Lebenswelten, das Gesundheitssystem mit seinen Organisationen und auch die darin tätigen Gesundheitsprofessionen/-berufe (GP/GB) in den Fokus. Sie sind nicht nur eine bedeutende Anlaufstelle bei Gesundheitsbeeinträchtigungen und Krankheit, sondern bei generellen Fragen zur Gesundheit (Baumann et al., 2020; Hurrelmann et al. 2020; Griebler et al., 2021; Schaeffer et al. 2016). Daher kamen vermehrt Forderungen auf, Gesundheitsorganisationen und Fachpersonen zu einem gesundheitskompetenten Umfeld zu entwickeln, so dass sie den veränderten Anforderungen an Patientinnen/Patienten und Nutzerinnen/Nutzern des Gesundheitssystems besser entsprechen und deren Autonomie und Handlungsfähigkeit – insbesondere im Umgang mit der eigenen Gesundheit und den dazu nötigen Gesundheitsinformationen – stärken können (ex. Annarumma & Palumbo, 2016; Brach et al. 2012; Lloyd et al., 2018; Pelikan, 2019; Sørensen et al., 2012; Trezona et al., 2017).

Trotz großer Zustimmung in vielen Ländern wird die Umsetzung jedoch bislang eher verhalten angegangen (ex. Ernstmann et al., 2020), und das gilt auch für die dazu nötige Forschung. Bis heute existieren kaum Studien zur Messung der organisationalen GK. Ähnliches ist es mit der GK von GP/GB, die bei der Umsetzung gesundheitskompetenter Organisationen eine tragende Rolle spielen. Wenn die GK von GP/GB untersucht wurde, wurde sie entweder nur als Teilaspekt der organisationalen GK begriffen oder mit der persönlichen GK der GP/GB gleichgesetzt. Welche Aufgaben die Förderung der GK von Patientinnen/Patienten den GP/GB insgesamt abverlangt und welche Fähigkeiten und Fertigkeiten sie zur Aufgabenrealisierung benötigen, wurde bislang nicht systematisch betrachtet, ebenso wenig, wie gut diese Fähigkeiten und Fertigkeiten ausgeprägt sind. Und auch wenn GP/GB über ein breites Spektrum an Wissen und Fähigkeiten verfügen, um Patientinnen/Patienten im Umgang mit Gesundheitsinformationen zu unterstützen, fehlen bisher ein Konzept und eine Definition *professioneller* GK und ein geeignetes Erhebungsinstrument zur Messung der professionellen GK.

Um diese Lücke zumindest für den deutschsprachigen Raum zu schließen, haben GK-Expertinnen/Experten aus der Schweiz, Deutschland und Österreich ein Konsortium gegründet (HLS-PROF Konsortium), in dem ein Konzept professioneller GK sowie ein entsprechendes Erhebungsinstrument erarbeitet und in einer Pilotstudie in den drei deutschsprachigen Ländern bei ausgewählten GB/GP angewendet wurde. Das Konzept, die Entwicklung des Erhebungsinstruments wie auch die Befragungsergebnisse der drei Länder sind Gegenstand des vorliegenden Berichts.

## Literaturverzeichnis

- Annarumma, C. & Palumbo, R. (2016): Contextualizing Health Literacy to Health Care Organizations. *Journal of Health Management*, 18(4), S. 611–624. DOI: 10.1177/0972063416666348.
- Australian Bureau of Statistics. (2008). *Adult Literacy and Life Skills Survey 2006. Summary Results*. Canberra: Australian Bureau of Statistics.
- Baumann, E.; Czerwinski, F.; Rosset, M.; Seelig, M. & Suhr, R. (2020): Wie informieren sich die Menschen in Deutschland zum Thema Gesundheit? Erkenntnisse aus der ersten Welle von HINTS Germany. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 63(9), S. 1151–1160. DOI: 10.1007/s00103-020-03192-x.
- Berens, E.-M., Klinger, J., Mensing, M., Carol, S. & Schaeffer, D. (2022): *Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland: Ergebnisse des HLS-MIG*. Universität Bielefeld. Bielefeld.
- Bieri, U., Kocher, J. Ph., Gauch, C., Tschöppe, S., Venetz, A., Hagemann, M. et al. (2016): *Bevölkerungsbefragung "Erhebung Gesundheitskompetenz 2015". Schlussbericht. Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG, Abteilung Gesundheitsstrategien*. Hg. v. gfs.bern. Online verfügbar unter <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitspolitik/gesundheitskompetenz/erhebung-gesundheitskompetenz-schweiz.pdf.download.pdf/erhebung-gesundheitskompetenz-chweiz.pdf>.
- Brach, C., Keller, D., Hernandez, L. M., Baur, C., Parker, R., Dreyer, B. et al. (2012). *Ten attributes of health literate health care organizations*. Washington DC: Institute of Medicine (IOM).
- Canadian Council on Learning. (2008). *Health literacy in Canada. A healthy understanding 2008*. Ottawa, Ont: Canadian Council on Learning.
- De Gani, S.M., Jaks, R., Bieri, U. & Kocher, J.Ph. (2021): *Health Literacy Survey Schweiz 2019-2021. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit*. Careum Stiftung. Zürich
- Doyle, G., Cafferkey, K., & Fullam, J. (2012). The European Health Literacy Survey: Results from Ireland. *UCD: HLS EU*, 8, 30.
- Ernstmann, N., Bauer, U., Berens, E.-M., Bitzer, E.M., Bollweg, T.M., Danner, M. et al. (2020). DNVF Memorandum Gesundheitskompetenz (Teil 1) – Hintergrund, Relevanz, Gegenstand und Fragestellungen in der Versorgungsforschung. *Gesundheitswesen*, 82(7), e77-e93. <https://doi.org/10.1055/a-1191-3689>
- Gerich, J., Hemedinger, F., Moosbrugger, R. (2015): Health Literacy in Oberösterreich. *Eine Untersuchung zur Bedeutung des Konzepts der Gesundheitskompetenz in der Gesundheitsversorgung und zur Ableitung möglicher Handlungsempfehlungen*. Projektendbericht. Johannes Kepler Universität Linz im Auftrag des Amtes der Oberösterreichischen Landesregierung und der Oberösterreichischen Zukunftsakademie, Linz.
- Griebler, R., Straßmayr, C., Mikšová, D., Link, T., & Nowak, P. (2021): *Gesundheitskompetenz in Österreich: Ergebnisse der österreichischen Gesundheitskompetenzerhebung HLS<sub>19</sub>-AT*. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Wien. Online verfügbar unter <https://jasmin.goeg.at/1833/>.
- HLS-EU Consortium. (2012). *Comparative Report on Health Literacy in eight EU Member States. The European Health Literacy Project 2009–2012*. Maastricht. Verfügbar unter: <http://www.health-literacy.eu>
- Jordan, S. & Hoebel, J. (2015): Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell" (GEDA). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 58 (9), S. 942–950. DOI: 10.1007/s00103-015-2200-z.
- Karuranga, S., Sørensen, K., Coleman, C. & Mahmud, A.J. (2017): Health Literacy Competencies for European Health Care Personnel. *Health literacy research and practice*, 1(4), e247-e256. DOI: 10.3928/24748307-20171005-01.

- Kirsch, I. S. (1993). *Adult literacy in America: A first look at the results of the National Adult Literacy Survey*. US Government Printing Office, Superintendent of Documents, Washington, DC 20402 (Stock No. 065-000-00588-3)
- Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y. & Paulsen, C. (2006): The Health Literacy of America's Adults. Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy. *National Center for education statistics*. Online verfügbar unter <https://nces.ed.gov/pubsearch/pubsinfo.asp?pubid=2006483>.
- Lloyd, J.E.; Song, H.J.; Dennis, S.M.; Dunbar, N.; Harris, E. & Harris, M.F. (2018): A paucity of strategies for developing health literate organisations: A systematic review. *PloS one*, 13(4), e0195018. DOI: 10.1371/journal.pone.0195018.
- Nutbeam, D. (2000): Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*, 15(3), S. 259–267.
- Nutbeam, D. (1998) Health promotion glossary. *Health promotion international*, 13(4), Oxford University Press, Great Britain
- Parker, R.M. (2009). Measuring Health Literacy: What? So what? Now what? In L. M. Hernandez (Ed.), *Measures of health literacy. Workshop summary* (pp. 91–98). Washington, D.C: Institute of Medicine of the National Academies.
- Parker, R. & Ratzan, S.C. (2010). Health literacy. A second decade of distinction for Americans. *Journal of Health Communication*, 15 Suppl 2, 20–33. <https://doi.org/10.1080/10810730.2010.501094>
- Pelikan, J.M. (2019). Health-literate healthcare organisations. In *International Handbook of Health Literacy* (pp. 539-554). Policy Press.
- Pelikan, J.M.; Röthlin, F., Ganahl, K. (2013): *Die Gesundheitskompetenz der österreichischen Bevölkerung – nach Bundesländern und im internationalen Vergleich*. Abschlussbericht der Österreichischen Gesundheitskompetenz (Health Literacy) Bundesländer-Studie Ludwig Bolthmann Institut. Forschungsbericht, Wien
- Quenzel, G., & Schaeffer, D. (2016). *Health Literacy–Gesundheitskompetenz vulnerabler Bevölkerungsgruppen*. Bielefeld: Universität Bielefeld.
- Rudd, R.E. (2015): The evolving concept of Health literacy : New directions for health literacy studies. *Journal of Communication in Healthcare*, 8(1), S. 7–9.
- Schaeffer, D., Berens, E.-M.; Gille, S., Griese, L., Klinger, J., de Sombre, S. et al. (2021): *Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland vor und während der Corona Pandemie: Ergebnisse des HLS-GER 2*. Universität Bielefeld, Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung. Bielfeld. doi:10.4119/unibi/2950305
- Schaeffer, D. & Pelikan, J. M. (2017). Health Literacy: Begriff, Konzept, Relevanz. In D. Schaeffer & J. M. Pelikan (Hrsg.), *Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven* (S. 11–18). Bern: Hogrefe.
- Schaeffer, D.; Vogt, D.; Berens, E. - M. & Hurrelmann, K. (2016): *Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – Ergebnisbericht*. Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften. Bielefeld
- Simonds, S.K. (1974): Health Education as Social Policy. *Health education monographs*, 2(1\_suppl), S. 1–10. DOI: 10.1177/10901981740020s102.
- Sørensen, K.; Pelikan, J.M.; Röthlin, F.; Ganahl, K.; Slonska, Z.; Doyle, G. et al. (2015): Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European journal of public health*, 25(6), S. 1053–1058. DOI: 10.1093/eurpub/ckv043.
- Sørensen, K. & Pleasant, A. (2017): Understanding the Conceptual Importance of the Differences Among Health Literacy Definitions. *Studies in health technology and informatics*, 240, S. 3–14.
- Sørensen, K., Van Den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. & Brand, H. (2012): Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12, S. 80. DOI: 10.1186/1471-2458-12-80.

- Sørensen, K., Levin-Zamir, D., Duong, T. V., Okan, O., Brasil, V. V., & Nutbeam, D. (2021). Building health literacy system capacity: a framework for health literate systems. *Health Promotion International*, 36(Supplement\_1), i13-i23.
- The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL (Hrsg.). (2021). *International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS19) of M-POHL*. Vienna: Austrian National Public Health Institute.
- Van der Heide, I., Rademakers, J., Schipper, M., Droomers, M., Sørensen, K., & Uiters, E. (2013). Health literacy of Dutch adults: a cross sectional survey. *BMC public health*, 13(1), 1-11.
- Trezona, A., Dodson, S. & Osborne, R. H. (2018). Development of the Organisational Health Literacy Responsiveness (Org-HLR) self-assessment tool and process. *BMC Health Services Research*, 18(1), 694. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3499-6>
- Vogt, D. & Gehrig, S.M. (2020): Bedeutung und Stärkung von Gesundheitskompetenz/Health Literacy in der Prävention und Gesundheitsförderung. In: Michael Tiemann und Melvin Mohokum (Hg.): *Prävention und Gesundheitsförderung*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg (Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit), S. 1–11.
- Vogt, D., Messer, M., Quenzel, G. & Schaeffer, D. (2016): „Health Literacy“ – ein in Deutschland vernachlässigtes Konzept? *Prävention und Gesundheitsförderung*, 11 (1), S. 46–52.
- Voigt-Barbarowicz, M. & Brütt, A.L (2020): The Agreement between Patients' and Healthcare Professionals' Assessment of Patients' Health Literacy-A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 17 (7). DOI: 10.3390/ijerph17072372.
- Wang, J., & Schmid, M. (2007). *Regional differences in health literacy in Switzerland*. Zürich: University of Zurich, Institute of Social and Preventive Medicine.
- Wängdahl, J., Lytsy, P., Mårtensson, L., & Westerling, R. (2014). Health literacy among refugees in Sweden—a cross-sectional study. *BMC public health*, 14(1), 1-12.
- Zok, K. (2014). Unterschiede bei der Gesundheitskompetenz. Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativ-Umfrage unter gesetzlich Versicherten. *WIdO-Monitor*, 11, 1-12.

## 2 Professionelle Gesundheitskompetenz – Konzeptioneller Rahmen

Doris Schaeffer und Lennert Griese<sup>2,3</sup>

### Wachsende Bedeutung professioneller Gesundheitskompetenz

Empirische Studien zeigen, dass die Gesundheitskompetenz (GK) der Bevölkerung in den deutschsprachigen Ländern nicht sehr gut ausgeprägt ist (De Gani et al., 2021; Griebler et al., 2021; Schaeffer et al., 2021a). Die Förderung der GK stellt daher eine wichtige gesellschaftliche Aufgabe dar, wie seit langem betont wird – nicht zuletzt von der WHO (2013, 2016, 2019, 2022). Dabei ist es wichtig, sowohl die GK der Bevölkerung zu stärken als auch den Umgang mit Gesundheitsinformationen durch eine entsprechende Gestaltung der Lebensumwelten zu erleichtern, etwa durch Verbesserung der Qualität von Information und Kommunikation im Gesundheitssystem. Eine bedeutende Aufgabe fällt dabei den Gesundheitsprofessionen/-berufen (GP/GB) zu, zumal sie – wie empirische Untersuchungen zeigen – nach wie vor zu den wichtigsten Anlaufstellen und Informationsquellen bei Gesundheits- und Krankheitsfragen zählen. Besonders gilt das für die Ärztinnen/Ärzte (Baumann et al., 2020; Griebler et al., 2021; Hurrelmann et al., 2020; Schaeffer et al., 2021a), aber auch für Pflegefachpersonen (Ewers & Schaeffer, 2017). Sie könnten deshalb entscheidend dazu beitragen, die GK der Bevölkerung zu stärken – vorausgesetzt, sie verfügen ihrerseits über die dazu nötige professionelle Gesundheitskompetenz (professionelle GK).<sup>4</sup>

Doch eben daran sind Zweifel angebracht. Studien zeigen seit Langem, dass die Kommunikation mit Patientinnen/Patienten und ihren Angehörigen und auch die Informationsvermittlung verbesserungsbedürftig sind, weil sie in vielen Ländern auf sprachliche bzw. kommunikative Hürden stoßen oder sich an zeitlichen und strukturellen Bedingungen reiben. Das gilt auch und besonders für die deutschsprachigen Länder (Gille et al., 2021; Irving et al., 2017; OECD, 2019; Rothenfluh et al., 2019; Thompson, 2001; Schmacke et al., 2016; Stahl & Nadj-Kittler, 2016). Obschon hier in den letzten Jahren etliche Bemühungen zur Verbesserung der Kommunikation auf den Weg gebracht wurden (ex. Darmann-Finck et al., 2018; Jünger et al., 2016; Jünger, 2018; Dietscher et al., 2020; Pelikan & Dietscher, 2015; BMGF, 2016; Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, 2019), scheinen sich bislang keine grundlegenden Veränderungen vollzogen zu haben.

Zu diesen, seit langer Zeit bestehenden und viel diskutierten Herausforderungen haben sich neue hinzugesellt. Anzuführen sind vor allem der voranschreitende *rasante globale Wissenszuwachs und die einfachere Verfügbarkeit gesundheitsrelevanter Informationen*, die sich sowohl auf die Patientinnen/Patienten als auch auf die GP/GB auswirken. Sie bescheren ihnen einen enormen und raschen Anstieg an Wissen und auch an Informationen – beispielsweise über neue Studienbefunde, Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten. Diese Entwicklung wird durch die digitale Transformation stark befördert, denn seither sind Informationen leichter zugänglich und verbreiten sich zugleich rascher und vielfältiger. Dadurch wiederum wächst die Menge an verfügbaren Informationen rapide, veralten Informationen aber

---

<sup>2</sup> Wir danken dem HLS-PROF Konsortium (Saskia De Gani, Robert Griebler, Christa Straßmayr, Alexander Haarmann, Rebecca Jaks, Denise Schütze) sowie Dominique Vogt, Jürgen Pelikan und Klaus Hurrelmann herzlich für die Diskussion und Kommentierung des Konzepts/Kapitels.

<sup>3</sup> Das Konzeptkapitel ist ebenfalls Teil des nationalen Ergebnisberichts für den deutschen Studienteil (Schaeffer et al., 2023).

<sup>4</sup> Von professioneller Gesundheitskompetenz wird deshalb gesprochen, weil die GP/GB hier nicht als Privatperson bzw. Bürgerinnen/Bürger, sondern in ihrer Rolle als professionelle Expertinnen/Experten bzw. Professionsangehörige angesprochen sind.

auch schneller – dies mit der Folge, dass soeben noch gültiges Wissen durch aktuelle Informationen schon bald wieder überholt ist.

Hinzu kommt, dass auch die Heterogenität verfügbarer Informationen mit der digitalen Transformation stark zugenommen hat. Mit ihr ist auch die Menge an Fehl- und Falschinformationen gestiegen. Auch gezielte Desinformation hat einen größeren Stellenwert erhalten, wie die Corona-Pandemie deutlich vor Augen geführt hat (The Lancet, 2020; Schaeffer et al., 2022; Zarocostas, 2020). Umso wichtiger ist seither die Fähigkeit geworden, Informationen kritisch auf ihre Seriosität und ihren Evidenzgehalt prüfen zu können.

Generell sind die GP/GB aufgrund des exponentiellen Anstiegs von neuem *globalen* (Fach-)Wissen bei gleichzeitigem Veralten bestehenden Wissens vor neue Herausforderungen gestellt: Mehr denn je sind sie dadurch auf lebenslanges Lernen, kontinuierliche Information, permanenten Wissenserwerb und ein entsprechendes *Informations- und Wissensmanagement* angewiesen. Dies sicherzustellen, stellt längst eine anspruchsvolle Kernaufgabe dar. Das gilt für *alle* GP/GB, denn sie alle müssen in der Lage sein, sich ständig mit neuem Fachwissen, aktuellen Studienbefunden und neu gewonnenen Erkenntnissen auseinanderzusetzen und dabei große Informationsmengen zu verarbeiten, sie auf ihre Seriosität und Evidenz zu prüfen, kritisch zu durchdenken und das Wissen herauszudestillieren, das für ihren jeweiligen professionellen Alltag relevant ist. Dafür benötigen sie entsprechende Kompetenz und auch Unterstützung beim Kompetenzerwerb – etwa durch besseren Wissenstransfer, gutes Wissensmanagement und Wissensinstitute (Antes et al., 2014; Bals et al., 2008; Haas, 2016; Schaeffer, 2006). Das ist umso wichtiger als auch im Bereich professionellen Fachwissens inzwischen eine große Zahl an falschen und interessengeleiteten Informationen existiert, deren Qualität und Zuverlässigkeit fragwürdig ist. Mit unsicherem Wissen umzugehen, gehört somit ebenfalls zu den hier existierenden Herausforderungen. Exemplarisch zeigt dies, dass das Informations- und Wissensmanagement eine anspruchsvolle Aufgabe darstellt.

Dies wird auch in anderer Hinsicht deutlich. Denn zugleich muss neues professionell relevantes Wissen untereinander geteilt und von allen GP/GB genutzt werden können. Denn insbesondere bei den heute dominanten chronischen Krankheiten mit ihren langen, oft komplexen und wechselhaften Krankheitsverläufen sind meist mehrere GP/GB an der Behandlung und Versorgung einer Patientin/eines Patienten beteiligt. Um koordiniert handeln zu können, müssen sie auf der gleichen Wissensbasis handeln. Wissensmanagement, also die Bereitstellung von für alle Beteiligten verfügbarem, sauberem/evidenzbasiertem und aktuellem Wissen und entsprechenden Informationen, stellt somit auch eine wichtige *interprofessionelle* Aufgabe und Kompetenzanforderung dar, die auch für die Organisationen im Gesundheitswesen hoch relevant ist (Richardson et al., 2015; Schaeffer & Vogt, 2022).

Ebenso müssen die GP/GB in der Lage sein, dieses Wissen in der Patienteninteraktion didaktisch versiert zu nutzen. Denn auch diese hat sich durch den Informations- und Wissenszuwachs und die einfachere Verfügbarkeit von Informationen, die auch vor Patientinnen/Patienten nicht Halt gemacht hat, verändert. So sehen sich die GP/GB heute Patientinnen/Patienten gegenüber, die ausführlicher und genauer über einzelne Krankheitsbilder oder Behandlungsverfahren und Fragen der Gesundheitserhaltung informiert sind und zuweilen sogar mehr und präzisere Informationen haben als sie selbst (Ewers & Schaeffer, 2016). Doch längst nicht alle entsprechen dem Leitbild der/des „informierten Patientin/Patienten“ und können die Information eigenständig verarbeiten und für die Entscheidungsfindung oder Problemlösung nutzbar machen. Nicht selten haben sie Verständnis- oder Beurteilungsprobleme<sup>5</sup> und

---

<sup>5</sup> Vor allem die Beurteilung und Einschätzung von Information wirft – wie Studien belegen – subjektiv große Schwierigkeiten auf (HLS<sub>19</sub> Consortium, 2021; Schaeffer et al., 2021a; Schaeffer et al., 2021b).

sind eher verwirrt als aufgeklärt. Vielfach tragen sie diese Irritationen auch an die GP/GB heran – dies in der Erwartung, dort Unterstützung bei der Erklärung, Einordnung, und Einschätzung von Informationen zu finden (ebd.). Auch Fehl- und Falschinformationen werden an die GP/GB herangetragen und müssen korrigiert bzw. durch Initiierung von Umlernprozessen begleitet werden – dies allein, um eine konstruktive Mitwirkung von Patientinnen/Patienten zu ermöglichen. Auch diese Entwicklung hat mit der digitalen Transformation und der Corona-Pandemie an Bedeutung gewonnen. Dabei hat gerade die Corona-Pandemie deutlich gemacht, dass speziell Fehl- und Falschinformationen zu enormen Verunsicherungen führen und weitreichenden Schaden verursachen können.

Der einfachere Zugang zu Informationen für Patientinnen/Patienten, Nutzerinnen/Nutzer und Bürgerinnen/Bürger hat somit einige Schattenseiten. Hier ist relevant, dass er für die GP/GB ebenfalls neue Anforderungen mit sich bringt. Denn ergänzend zu ihren herkömmlichen Aufgaben sind sie mehr und mehr als (Begleit-)Instanzen bei der Informationsverarbeitung und -einschätzung gefragt und benötigen dafür entsprechende Kompetenzen.

Verstärkt wird dies durch die *veränderte Patientenrolle*. Seit langem wird gefordert, Patientinnen/Patienten nicht mehr als passive Leistungsempfänger/-innen, sondern als Ko-Produzentinnen/Ko-Produzenten zu betrachten (Badura, 2002; Badura & Iseringhausen, 2005; Coulter, 2006; Donabedian, 1992; Hoefert & Klotter, 2011), die aktiv an der Wiederherstellung und Sicherung ihrer Gesundheit sowie an den dazu nötigen Entscheidungen mitwirken. Diese Demokratisierung der Patientenrolle erfordert andere Formen der Kommunikation, Information und Interaktion. Statt stellvertretender Entscheidungsübernahme und einseitiger Aufklärung und Zielfestlegung durch die GP/GB, wie sie traditionell üblich waren, sind dialogische Information und Erklärung, gemeinsame Aushandlung von Behandlungs- und Versorgungszielen und gemeinsame Entscheidungen, Beratung sowie kooperative Interaktion mit Patientinnen/Patienten und Angehörigen gefordert. Dadurch haben statt hierarchischen eher symmetrische bzw. gleichrangige Interaktions- und Kommunikationsformen an Bedeutung gewonnen, die auf Patientenpartizipation und auf Ausgleich bestehender Informationsasymmetrien setzen (Schaeffer, 2017). Auch diese Entwicklung ist für die GP/GB mit neuen Anforderungen verbunden.

Das gilt allerdings auch für Patientinnen/Patienten und ihre Angehörigen. Auch sie sind durch die veränderte Patientenrolle mit anderen Ansprüchen konfrontiert und sehr viel mehr in ihrer Gesundheits- und Selbstmanagementkompetenz gefordert. Doch diese Kompetenz ist nicht immer so ausgeprägt, wie es notwendig wäre, wie die Studien zur GK zeigen (ex. HLS<sub>19</sub> Consortium, 2021; De Gani et al., 2021; Griebler et al., 2021; Schaeffer et al., 2021a; Hurrelmann et al., 2020).

Auch das wirkt auf die GP/GB zurück: Sie sind verstärkt als Kompetenzförderinnen/Kompetenzförderer, Unterstützerinnen/Unterstützer, Beraterinnen/Berater und als Facilitator<sup>6</sup> gefragt und auch dadurch mit anderen, dem Charakter nach *edukativen* Anforderungen und Aufgaben konfrontiert. Allerdings lassen sich diese Aufgaben nicht nahtlos mit dem *kurativen* Selbst- und Aufgabenverständnis vieler GP/GB (besonders der Ärztinnen/Ärzte) in Übereinstimmung bringen. Sie sind außerdem nicht kompatibel mit ihrem Qualifikations- und Kompetenzprofil. Daher sind diese Aufgaben nicht durch systematischen Qualifikationserwerb und professionelle Standards gesichert, sondern müssen weitgehend auf der Basis naturwüchsiger Kompetenz und Erfahrungsakkumulation wahrgenommen werden.

Hinzu kommt, dass die GP/GB in den deutschsprachigen Ländern oft nicht ausreichend versiert im Umgang mit digitalen Informations- und Kommunikationsmöglichkeiten sind. Dies ist insbesondere für

---

<sup>6</sup> Längst gehen die Partizipationsvorstellungen noch weiter und zielen darauf, Patientinnen/Patienten aktiv an der Versorgungsgestaltung zu beteiligen (Bauer et al., 2005; Klemperer, 2005; Rosenbrock & Hartung, 2012). Ebenso wie bei der veränderten Patientenrolle ist dies als Möglichkeit zur Demokratisierung des Gesundheitssystems und zur Teilhabe aller Bevölkerungsgruppen zu verstehen.

Deutschland anzunehmen, wo die digitale Transformation des Gesundheitswesens noch nicht besonders weit vorangeschritten ist. (Thiel et al., 2018; Schaeffer & Gille, 2021; Schmidt-Kaehler et al., 2021). Doch auch die Schweiz und Österreich weisen in Sachen Digitalisierung Aufholbedarf auf (Ammenwerth et al., 2020; Angerer et al., 2021). Da ein großer Teil an Gesundheitsinformationen heute digital verfügbar ist, wirkt sich dies ebenfalls auf die beschriebenen Herausforderungen und die Möglichkeiten zur Stärkung der GK aus; ebenso jedoch auf den Unterstützungsbedarf von Patientinnen/Patienten: Denn auch und gerade, wenn Patientinnen/Patienten nicht mit digitalen Informationen und -quellen zurechtkommen, sind die GP/GB eine wichtige Anlaufstelle für sie.

Es ließen sich noch weitere Aspekte anführen, doch dürfte deutlich geworden sein, wie wichtig es für eine gelingende Förderung der GK der Bevölkerung ist, sich auch mit der *professionellen GK* der GP/GB<sup>7</sup> auseinander zu setzen. Dazu gehört auch, der Frage nachzugehen, wie sie ihre Fähigkeiten zur Bewältigung der damit verbundenen Aufgaben einschätzen, welche Schwierigkeiten diese Aufgaben aus ihrer Sicht aufwerfen. Ein dritter Bereich betrifft die Frage, wie sehr sie ihre Ausbildung bzw. Fort- und Weiterbildungen darauf vorbereitet haben und welche Bedingungen erfüllt sein müssen, um eine adäquate Aufgabenrealisierung zu ermöglichen.

### **Konzeptionelle und definitorische Überlegungen**

Wenn hier von der *GK* von GP/GB gesprochen wird, ist *nicht die persönliche, sondern die professionelle GK* gemeint. Nach den vorangegangenen Ausführungen werden darunter zum einen die Fähigkeiten verstanden, mit den Herausforderungen professionellen Wissens- und Informationsmanagements umgehen zu können, d. h. professionell relevantes Wissen und ebensolche Gesundheitsinformationen in der Vielzahl an global vorhandenen, meist digital verfügbaren Informationen zu identifizieren, sich Zugang zu aktuellem evidenzbasiertem krankheits- und gesundheitsbezogenem Wissen und ebensolchen Informationen erschließen, diese aneignen, verstehen, beurteilen und für das eigene professionelle Handeln einschätzen und nutzen zu können, um in der Lage zu sein, fachgerecht und dem „State of the Art“ entsprechend zu handeln. Doch ebenso sind die dazu nötigen Fähigkeiten gemeint, dieses Wissen bzw. diese Informationen patientengerecht vermitteln, erklären und kommunizieren zu können, sodass (gemeinsame) informierte Entscheidungsfindungen möglich sind, die der Wiedererlangung, Erhaltung und Förderung der Gesundheit der Patientinnen/Patienten dienen.

Professionelle GK umfasst somit neben der Fähigkeit zum *Informations- und Wissensmanagement* sowohl die Fähigkeit zur didaktisch versierten *Vermittlung und Erklärung* von (digitalen) gesundheits- und krankheitsrelevantem/en Wissen und Informationen, zur (*patientenzentrierten*) *Kommunikation* als auch *die Fähigkeit zum erfolgreichen Umgang mit den Herausforderungen geringer digitaler GK*. Sie basiert

---

<sup>7</sup> Bewusst wird zwischen Professionen und Berufen unterschieden. Professionen werden gemeinhin als Dienstleistungsberufe besonderer Art begriffen, die praktisches Handeln unter dem Anspruch von Erklärungen betreiben (Hartmann, 1972). Ihr Handeln basiert auf akademisch vermitteltem, systematischem Wissen und ist zentralwertbezogen. Denn die Professionen haben hohe Bedeutung für die Erhaltung des Wertesystems einer Gesellschaft und sichern den Fortbestand dieser gegen alle Selbstdestruktionsprozesse (Parsons, 1939). Sie verfügen über einen hohen Grad an Autonomie, was die eigene Organisation, die Kontrolle über die Ausübung der Tätigkeit und die Ausbildung anbetrifft und sind traditionell weitgehend unabhängig von staatlicher Kontrolle. Neben den klassischen Professionen (Ärztinnen/Ärzte, Juristinnen/Juristen, Theologinnen/Theologen, Wissenschaftlerinnen/Wissenschaftler etc.) existieren Professionen im Status Nascendi (u. a. Pflege). Letztere sind im Anfangsstadium der Professionalisierung und haben (noch) nicht alle der dargestellten drei Merkmale realisiert (Schaeffer, 2011). Professionen unterscheiden sich von Berufen und Arbeit insofern, als es sich bei Letzteren meist um eine zwar systematisch erlernte Tätigkeit mit einem (in der Regel nicht-akademischen) Qualifikationsnachweis handelt, die jedoch vornehmlich der Sicherung von Lebenseinkommen dient.

auf ausreichender „Scientific Literacy“ (OECD, 2018, S. 73; Gigerenzer & Muir Gray, 2013; Ploomipuu et al., 2019) und erfordert zudem ausgeprägte edukative<sup>8</sup> und kommunikative Fähigkeiten.

Vor allem das Thema Informations- und Wissensmanagement ist in der bisherigen Diskussion weitgehend ausgespart geblieben, wie sowohl die der Studie zugrundeliegende Literaturanalyse als auch eine jüngst durchgeführte Delphi Befragung zeigen (Beese et al., i. V.). Informations- und Wissensmanagement meint hier weniger die Aktivitäten einer Organisation zur Gewährleistung einer möglichst optimalen Nutzung von vorhandenem und neuem gesichertem Wissen. Vielmehr ist die Fähigkeit einer Person zur laufenden Aneignung und Auseinandersetzung mit neuem Fachwissen angesprochen, das für den eigenen professionellen/beruflichen Alltag relevant und nützlich ist, um dem „State of the Art“ entsprechend handeln und zur Förderung der GK von Patientinnen/Patienten beitragen zu können. Wie zuvor betont wurde, ist diese Fähigkeit für die GP/GB angesichts des raschen Wissenszuwachs zusehends wichtig geworden. Sie schließt, da Wissen und Information heute vielfach digital zur Verfügung stehen, die Fähigkeit zum Umgang mit digitalen Gesundheitsinformationen ein.

Auch den zur Förderung der GK von Patientinnen/Patienten notwendigen *edukativen* Kompetenzen kommt in der bisherigen wissenschaftlichen Diskussion eine zu geringe Beachtung zu. Vielmehr herrscht hier ein tendenziell verengtes Verständnis des dazu erforderlichen Kompetenzprofils bei den GP/GB vor. Betont werden in der internationalen Diskussion bislang vor allem drei Kompetenzbereiche: a) Fähigkeiten zur barrierefreien *Kommunikation* mit Patientinnen/Patienten (ex. Byrne et al., 2021; Castro, 2007; Coleman et al., 2017; Karuranga et al., 2017; Roodbeen et al., 2020; Lippke et al., 2022), insbesondere zur Verbesserung der Kommunikation durch Vereinfachung der Ausdrucksweise (mittels einfacher, verständlicher Sprache bzw. „plain/simple language“) (ex. Grene et al., 2017; Parnell, 2015; Schwartzberg et al., 2007)<sup>9</sup>, b) Kompetenz zum *Erkennen von und Umgang mit geringer GK* (ex. Ellen-der et al., 2022; Groene et al., 2017; Wittenberg et al., 2018), sowie c) Fähigkeiten zum *Umgang mit den verfügbaren Methoden und Techniken* zur Stärkung der GK (Health Literacy Skills) (ex. Byrne et al., 2021; Karuranga et al., 2017; Nesari et al., 2019).<sup>10</sup>

Obschon sich dies langsam zu verändern scheint, wird traditionell – speziell in der US-amerikanischen Diskussion über die GK von GP/GB – meist lediglich die Ebene funktionaler GK, also literaler Fähigkeiten und die Förderung von GK durch Verbesserung der Verständlichkeit von (mündlicher) Kommunikation thematisiert. Die Erweiterungen des Verständnisses von GK über die funktionale literale Ebene hinaus um Public Health-Gesichtspunkte von einem krankheits- bzw. compliance- und defizitzentrierten hin zu einem gesundheits- und ressourcenorientierten Verständnis von GK, das nicht allein auf das Individuum, sondern auch auf die Bevölkerungs- und die System- und Akteursebene zielt und andere Dimensionen von GK einbezieht (Rudd & Anderson, 2006; Kickbusch & Marstedt, 2008; Nutbeam, 2000; 2008), ist noch wenig im Blick (Dierks & Schaeffer, 2022). Das gilt etwa für die wachsende Bedeutung von Patientenbeteiligung und Ko-Produktion, informierter Entscheidungsfindung und patientenzentrierter Kommunikation, die gerade in einem sich demokratisierenden Gesundheitssystem zunehmend

---

<sup>8</sup> Bewusst wird von edukativen Kompetenzen gesprochen, weil es nicht allein um die bloße Weitergabe von Informationen und Wissen geht, sondern darum, sie einzelfallangemessen zuzuschneiden und so zu vermitteln und zu erklären, dass sie von Patientinnen/Patienten angeeignet und genutzt werden können und zugleich (kritische) Reflexionsprozesse ausgelöst werden.

<sup>9</sup> Auch bei der Kommunikation ist ein tendenziell verengtes Verständnis beobachtbar. Insbesondere die Dimension der patientenzentrierten Kommunikation, nach der die Perspektive des Gegenüber gezielt eingeholt und einbezogen wird (Langewitz, 2023), wird noch zu wenig beachtet.

<sup>10</sup> Es existieren – speziell in den USA – bereits etliche Curricula und Trainingsprogramme zur Vermittlung von „Health Literacy Education“ an Health Professionals (ex. Coleman et al., 2011; 2013). Vielfach konzentrieren sie sich vor allem auf Assessmentfragen, Vermittlung von Health Literacy Skills und einfacher Sprache sowie von Kommunikations- und mitunter auch Lehrtechniken.

wichtiger werden. Ähnlich ist es mit der wachsenden gesellschaftlichen Bedeutung *kritischer* GK, die etwa von Nutbeam und Abel besonders betont wird (Abel & Benkert, 2022; Nutbeam, 2000; Sharples et al., 2017).

Auch dass bei der Förderung der GK von Patientinnen/Patienten zahlreiche, dem Charakter nach *edukative* Aufgaben zur Bewältigung anstehen, die entsprechende Kompetenzen und Qualifikationen seitens der Gesundheitsprofessionen/-berufe bedingen, wird noch zu wenig thematisiert (Ausnahme: Coleman et al., 2011; 2013). Diese Aufgaben erfordern neben den genannten Kompetenzen zwei weitere. Dies ist zum einen die Fähigkeit, Informationsvoraussetzungen, -gewohnheiten und -schwierigkeiten von Patientinnen/Patienten bzw. Rezipientinnen/Rezipienten ermitteln und einschätzen zu können. Zum anderen betrifft dies die Fähigkeit zum Transfer und zur rezipientengerechten Aufbereitung neuer wissenschaftlicher Fachinformationen, zur Anwendung geeigneter Strategien der Wissens- und Informationsvermittlung wie auch dazu, Wissen und Informationen so erläutern zu können, dass die Patientinnen/Patienten bzw. Rezipientinnen/Rezipienten es aufnehmen, in ihr Wissensrepertoire integrieren, kritisch reflektieren, auf ihre Situation übertragen und bei Entscheidungsfindungen nutzen können.

Dazu gehört auch die Fähigkeit zur Unterstützung beim Umgang mit Falschinformationen oder mit digitalen Gesundheitsinformationen und der dabei oft nötigen Initiierung von Um- und Verlernprozessen (Schaeffer & Gille, 2021). Auch dieses Thema spielt in der bisherigen Diskussion bislang kaum eine Rolle, obschon die Bedeutung digitaler Gesundheits- und Krankheitsinformationen in allen Lebensbereichen in den letzten Jahren enorm gestiegen ist und gerade deren Qualität oft fragwürdig und schwer einschätzbar ist. Zwar gibt es vermehrt Studien, die sich der digitalen GK der Bevölkerung widmen (HLS<sub>19</sub> Consortium, 2021; Levin-Zamir & Bertschi, 2018; Schaeffer et al., 2021c; Wang & Luan, 2022), die GP/GB sind dabei jedoch nicht im Blick. Insgesamt sind über die Förderung der (digitalen) GK von Patientinnen/Patienten, sich dabei stellende Aufgaben und den dafür erforderlichen Fähigkeiten der GP/GB so gut wie keine Beiträge oder Studien zu finden. Damit in Übereinstimmung existieren bislang auch keine entsprechenden Erhebungsinstrumente für diesen Bereich.

### **Ein zusammenfassender Definitionsversuch**

In Anlehnung an die Definition von Sørensen et al. (2012) von GK lässt sich *professionelle GK* demnach folgendermaßen beschreiben:

*Professionelle Gesundheitskompetenz umfasst die Motivation, das Wissen und die Fähigkeiten, professionell relevantes Wissen und Informationen in unterschiedlicher (auch digitaler) Form finden, verstehen, beurteilen und nutzen zu können, um im Berufsalltag professionell nach dem „State of the Art“ agieren, und gesundheits- und krankheitsrelevantes Wissen und ebensolche Informationen so aufbereiten, vermitteln und kommunizieren zu können, dass sie von Patientinnen/Patienten verstanden, (kritisch) beurteilt und zur Entscheidungsfindung über Gesundheitsfragen genutzt werden können.*

Diese Definition bildet die Grundlage für die Konstruktion des Erhebungsinstruments der vorliegenden Erhebung. Sie fokussiert – wie Abbildung 2.1 zeigt – auf vier unterschiedliche, grundlegende Aufgabebereiche: a) das eigene professionelle Informations- und Wissensmanagement, b) die edukative Vermittlung und Erklärung von Informationen durch die GP/GB sowie c) die patientenzentrierte Kommunikation mit Patientinnen/Patienten und ihren Angehörigen, und schließt außerdem d) unterstützende Aufgaben im Umgang mit digitalen Gesundheitsinformationen ein.

Abbildung 2.1: Vier Aufgabenbereiche professioneller Gesundheitskompetenz



Quelle: Schaeffer & Griese, i.V.

Zu ergänzen ist, dass auch die professionelle GK – wie GK generell – als *relational* zu verstehen ist (Parker & Ratzan, 2010). Anders formuliert, professionelle GK ist sowohl als Produkt individueller Fähigkeiten der GP/GB anzusehen wie auch der an sie gestellten Anforderungen bzw. System- und Informationsbedingungen. Zu diesen zählen u. a. die Art der erworbenen Qualifikation, die gegebenen organisatorischen und strukturellen Rahmenbedingungen, der Zugang zu professionell relevanter Literatur sowie die strukturell und organisatorisch gegebenen Möglichkeiten zur Förderung der GK – um nur einige Aspekte aufzuführen.

### Literaturverzeichnis

- Ammenwerth, E., Duftschmid, G., Al-Hamdan, Z., Bawadi, H., Cheung, N. T., Cho, K.-H. et al. (2020). International Comparison of Six Basic eHealth Indicators Across 14 Countries: An eHealth Benchmarking Study. *Methods Inf Med*, 59 (S 02), e46-e63.
- Angerer, A., Hollenstein, E. & Russ, C. (2021). *Der Digital Health Report 21/22: die Zukunft des Schweizer Gesundheitswesens*.
- Antes, G., Blümle, A. & Lang, B. (2014). Medizinisches Wissen – Entstehung, Aufbereitung, Nutzung. In H. Rebscher & B. Amshoff (Hrsg.), *Wissensmanagement in Gesundheitssystemen* (Gesundheitsmarkt in der Praxis, Bd. 6, S. 29-49). Heidelberg: medhochzwei Verl.
- Badura, B. (2002). Evaluation und Qualitätsberichterstattung im Gesundheitswesen - was soll bewertet werden? In B. Badura & J. Siegrist (Hrsg.), *Evaluation im Gesundheitswesen. Ansätze und Ergebnisse*. 2. Aufl. (S. 15-42). Weinheim: Juventa.
- Badura, B. & Iseringhausen, O. (Hrsg.). (2005). *Wege aus der Krise der Versorgungsorganisation. Beiträge aus der Versorgungsforschung*. Bern: Huber.
- Bals, R., Middeke, M. & Klose, K. J. (2008). Wissensmanagement in der Medizin: Die praktische Umsetzung ist komplex. *Dtsch Arztebl* 2008, 105 (4), A-151 / B-136 / C-136.

- Bauer, U., Rosenbrock, R. & Schaeffer, D. (2005). Stärkung der Nutzerposition im Gesundheitswesen – gesundheitspolitische Herausforderung und Notwendigkeit. In B. Badura & O. Iseringhausen (Hrsg.), *Wege aus der Krise der Versorgungsorganisation. Beiträge aus der Versorgungsforschung* (S. 187-201). Bern: Huber.
- Baumann, E., Czerwinski, F., Rosset, M., Seelig, M. & Suhr, R. (2020). Wie informieren sich die Menschen in Deutschland zum Thema Gesundheit? Erkenntnisse aus der ersten Welle von HINTS Germany. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 63 (9), 1151-1160. Verfügbar unter <https://link.springer.com/article/10.1007/s00103-020-03192-x>
- Beese A.S., Jaks. R., Guggiari E., De Gani S.M. (in Vorbereitung). Health Literacy Competencies of Health Professionals.
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. (2016). *Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung. Strategie zur Etablierung einer patientenzentrierten Kommunikationskultur*, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Zugriff am 07.12.2022. Verfügbar unter <https://oepgk.at/wp-content/uploads/2018/10/strategie-zur-verbesserung-der-gespraechsqualitaet.pdf>
- Byrne, J. V., Whitaker, K. L. & Black, G. B. (2021). How doctors make themselves understood in primary care consultations: A mixed methods analysis of video data applying health literacy universal precautions. *PloS one*, 16 (9), e0257312.
- Castro, C. M., Wilson, C., Wang, F. & Schillinger, D. (2007). Babel babble: physicians' use of unclarified medical jargon with patients. *American journal of health behavior*, 31 Suppl 1, S85-95.
- Coleman, C., Hudson, S. & Pederson, B. (2017). Prioritized Health Literacy and Clear Communication Practices For Health Care Professionals. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*, 1 (3), e91-e99.
- Coleman, C. (2011). Teaching health care professionals about health literacy: a review of the literature. *Nurs Outlook*, 59 (2), 70-78.
- Coleman, C. A., Hudson, S. & Maine, L. L. (2013). Health Literacy Practices and Educational Competencies for Health Professionals: A Consensus Study. *Journal of health communication*, 18 (sup1), 82-102.
- Coulter, A. (2006). *Engaging patients in their healthcare. How is the UK doing relativ to other countries?* (Picker Institute Europe). Oxford.
- Darmann-Finck, I., Muths, S. & Partsch, S. (2018). Kommunikative Kompetenz in der Ausbildung fördern. *Die Schwester/Der Pfleger*, 57 (11), 94-99.
- De Gani, S. M., Jaks, R., Bieri, U. & Kocher, J. P. (2021). *Health Literacy Survey Schweiz 2019-2021. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG*. Zürich: Careum Stiftung.
- Dierks, M. L. & Schaeffer, D. (2022). Gesundheitskompetenz in Deutschland. In F. W. Schwartz, U. Walter, J. Siegrist, P. Kolip, R. Leidl, R. Busse et al. (Hrsg.), *PUBLIC HEALTH. Gesundheit und Gesundheitswesen* (4. Auflage, S. 490-500): Urban & Fischer.
- Dietscher, C., Nowak, P. & Pelikan, J. (2020). Health Literacy in Austria: Interventions and Research. *Studies in health technology and informatics*, 269, 192-201.
- Donabedian, A. (1992). Quality assurance in health care: consumers' role. *Quality in Health Care*, 1, 247-251.
- Ellender, C. M., Boyde, M. & Scott, I. A. (2022). Health literacy assessment in the clinic: benefits, pitfalls and practicalities. *Aust J Prim Health*, 28 (5), 365-370.
- Ewers, M., Meleis, A. & Schaeffer, D. (2017). Teach More, Do Less – Förderung von Health Literacy als Aufgabe der Pflege. In D. Schaeffer & J. M. Pelikan (Hrsg.), *Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven* (S. 237-257). Bern: Hogrefe.
- Ewers, M. & Schaeffer, D. (2016). Patientenberatung. In W. Gieseke & D. Nittel (Hrsg.), *Pädagogische Beratung über die Lebensspanne* (S. 322-331). Weinheim: BeltzJuventa.

- Gigerenzer, G. & Muir Gray, J. (Hrsg.). (2013). *Bessere Ärzte, bessere Patienten, bessere Medizin. Aufbruch in ein transparentes Gesundheitswesen*. Berlin: Med.-Wiss. Verl.-Ges.
- Gille, S., Griese, L. & Schaeffer, D. (2021). Preferences and Experiences of People with Chronic Illness in Using Different Sources of Health Information: Results of a Mixed-Methods Study. *International journal of environmental research and public health*, 18 (24).
- Greene, M., Cleary, Y. & Marcus-Quinn, A. (2017). Use of Plain-Language Guidelines to Promote Health Literacy. *IEEE Transactions on Professional Communication*, 60 (4), 384-400.
- Griebler, R., Straßmayr, C., Mikšová, D., Link, T. & Nowak, Peter und die Arbeitsgruppe Gesundheitskompetenz-Messung der ÖPGK. (2021). *Gesundheitskompetenz in Österreich: Ergebnisse der österreichischen Gesundheitskompetenzerhebung HLS19-AT*. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
- Groene, O. R., Wills, J., Crichton, N., Rowlands, G. & Rudd, R. R. (2017). The health literacy dyad: the contribution of future GPs in England. *Educ Prim Care*, 28 (5), 274-281.
- Haas, P. (2016). Wissensmanagement in der Medizin. *Forum*, 31 (1), 28-32.
- Hartmann, T. (1972). Arbeit, Beruf, Profession. In T. Luckmann & W. M. Sprondel (Hrsg.), *Berufssoziologie* (S. 36-52). Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- Hartung, S. & Rosenbrock, R. (Hrsg.). (2012). *Handbuch Partizipation und Gesundheit* (Bd. 2012): Verlag Hans Huber.
- Hoefert, H.-W. & Klotter, C. (Hrsg.). (2011). *Wandel der Patientenrolle. Neue Interaktionsformen im Gesundheitswesen*. Bern: Huber.
- Hurrelmann, K., Klinger, J. & Schaeffer, D. (2020). *Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – Vergleich der Erhebungen 2014 und 2020*. Bielefeld: Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenz-forschung (IZGK), Universität Bielefeld.
- Irving, G., Neves, A. L., Dambha-Miller, H., Oishi, A., Tagashira, H., Verho, A. et al. (2017). International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. *BMJ Open*, 7 (10), e017902.
- Jünger, J. (2018). *Ärztliche Kommunikation. Praxisbuch zum Masterplan Medizinstudium 2020*. Stuttgart: Schattauer.
- Jünger, J., Köllner, V., Lengerke, T. von, Neuderth, S., Schultz, J.-H., Fischbeck, S. et al. (2016). Kompetenzbasierter Lernzielkatalog »Ärztliche Gesprächsführung«. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 62 (1), 5-19.
- Karuranga, S., Sørensen, K., Coleman, C. & Mahmud, A. J. (2017). Health Literacy Competencies for European Health Care Personnel. *Health Literacy Research and Practice*, 1 (4), e247-e256. <https://doi.org/10.3928/24748307-20171005-01>
- Kickbusch, I. & Marstedt, G. (2008). Gesundheitskompetenz eine unterbelichtete Dimension sozialer Ungleichheit. In J. Böcken, B. Braun & R. Amhof (Hrsg.), *Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung* (S. 12–28). Bertelsmann Stiftung.
- Klemperer, D. (2005). Der Patient als Mitgestalter der gesundheitlichen Versorgung. In B. Badura & O. Iseringhausen (Hrsg.), *Wege aus der Krise der Versorgungsorganisation* (S. 202-214). Bern: Verlag Hans Huber.
- Langewitz, W. A. (2023). Patientenzentrierte Kommunikation. *Swiss Medical Forum – Schweizerisches Medizin-Forum*. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.4414/smf.2022.09212>
- Levin-Zamir, D. & Bertschi, I. (2018). Media Health Literacy, eHealth Literacy, and the Role of the Social Environment in Context. *International journal of environmental research and public health*, 15 (8).
- Lippke, S., Ansmann, L. & Brütt, A. L. (2020). Kommunikationskonzepte zur Verbesserung der professionellen Gesundheitskompetenz. In K. Rathmann, K. Dadaczynski, O. Okan & M. Messer (Hrsg.), *Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. Gesundheitskompetenz* (S. 1–11). Springer Berlin Heidelberg. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-62800-3\\_122-1](https://doi.org/10.1007/978-3-662-62800-3_122-1)

- Nesari, M., Olson, J. K., Nasrabadi, A. N. & Norris, C. (2019). Registered Nurses' Knowledge of and Experience with Health Literacy. *Health literacy research and practice*, 3 (4), e268-e279. Zugriff am 01.12.2022. Verfügbar unter <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31893259/>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal. a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*, 15 (3), 259-267.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social science & medicine* (1982), 67(12), 2072–2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Organisation for economic cooperation and development. (2019). *Health at a Glance 2019*. Paris: OECD Publishing.
- Organisation for economic cooperation and development. (2018). *PISA for development assessment and analytical framework. Reading, mathematics and science* (PISA). Paris: OECD Publishing.
- Parker, R. & Ratzan, S. C. (2010). Health literacy. A second decade of distinction for Americans. *Journal of health communication*, 15 Suppl 2, 20-33.
- Parnell, T. A. (2015). Effective Communication and Plain Language. In T. A. Parnell (Hrsg.), *Health Literacy in Nursing: Providing Person-Centered Care* (S. 115–127). Springer Publishing Company.
- Parsons, T. (1939). The Professions and Social Structure. *Social Forces*, 17 (4), 457-467.
- Pelikan, J. & Dietscher, C. (2015). *Die Gesundheitskompetenz von Gesundheitseinrichtungen entwickeln: Strategien und Beispiele*. Wien: Verein ONGKG.
- Ploomipuu, I., Holbrook, J. & Rannikmäe, M. (2020). Modelling health literacy on conceptualizations of scientific literacy. *Health Promot Int*, 35 (5), 1210-1219.
- Richardson, D., Calder, L., Dean, H., Glover Takahashi, S., Lebel, P., Maniate, J. et al. (2015). Collaborator. In J. R. Frank, L. Snell & J. Sherbino (Hrsg.), *CanMEDS 2015 physician competency framework* (S. 18-19). Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
- Roodbeen, R., Vreke, A., Boland, G., Rademakers, J., van den Muijsenbergh, M., Noordman, J. et al. (2020). Communication and shared decision-making with patients with limited health literacy; helpful strategies, barriers and suggestions for improvement reported by hospital-based palliative care providers. *PloS one*, 15 (6), e0234926.
- Rothenfluh, F. & Schulz, P. J. (2019). Arzt-Patient-Kommunikation. In C. Rossmann & M. R. Hastall (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitskommunikation. Kommunikationswissenschaftliche Perspektiven* (Handbuch der Gesundheitskommunikation, S. 57-67). Wiesbaden: Springer VS.
- Rudd, R. E. & Anderson, J. E. (2006). *The Health Literacy Environment of Hospitals and Health Centers*. Harvard School of Public Health.
- Schaeffer, D. & Gille, S. (2021). Gesundheitskompetenz im Zeitalter der Digitalisierung. *Prävention und Gesundheitsförderung*.
- Schaeffer, D. & Griese, L. (in Vorbereitung). Conceptualizing professional health literacy.
- Schaeffer, D. & Vogt, D. (2022). *Zweiter Teilbericht – Umsetzungsbedingungen in der ambulanten Medizin und Pflege*. Bielefeld: Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK), Universität Bielefeld.
- Schaeffer, D. (2006). *Wissenstransfer in der Pflege. Ergebnisse eines Expertenworkshops* (Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) P06-133). Bielefeld: IPW.
- Schaeffer, D. (2011). Professionalisierung der Pflege – Verheißungen und Realität. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 65(5-6), 30–37.
- Schaeffer, D. (2017). Chronische Krankheit und Health Literacy. In D. Schaeffer & J. M. Pelikan (Hrsg.), *Health literacy: Forschungsstand und Perspektiven* (S. 53–70). Hogrefe.
- Schaeffer, D., Berens, E.-M., Gille, S., Griese, L., Klinger, J., Sombre, S. de et al. (2021a). *Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland vor und während der Corona Pandemie:*

*Ergebnisse des HLS-GER 2.* Bielefeld: Universität Bielefeld, Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung.

- Schaeffer, D., Berens, E.-M., Vogt, D., Gille, S., Griese, L., Klinger, J. et al. (2021b). Health literacy in Germany-findings of a representative follow-up survey. *Dtsch Arztebl Int*, 118, 723–9.
- Schaeffer, D., Gille, S., Berens, E.-M., Griese, L., Klinger, J., Vogt, D. et al. (2021c). Digitale Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland Ergebnisse des HLS-GER 2. *Gesundheitswesen*.
- Schaeffer, D., Haarmann, A., Griese, L. (2023). *Professionelle Gesundheitskompetenz ausgewählter Gesundheitsprofessionen/-berufe. Ergebnisse des HLS-PROF-GER*. Berlin/Bielefeld: Hertie School, Universität Bielefeld, Stiftung Gesundheitswissen
- Schaeffer, D., Hurrelmann, K., Bauer, U., Dierks, M.-L., Kickbusch, I., Melin, S., Orkan, O., Pelikan, J.M., Schmidt-Kaehler, S. & Sørensen, K. (2022). Deutschland braucht mehr Gesundheitskompetenz. *Gesundheitswesen*, 84(05), 448–456. <https://doi.org/10.1055/a-1801-6880>
- Schmacke, N., Richter, P. & Stamer, M. (Hrsg.). (2016). *Der schwierige Weg zur Partizipation. Kommunikation in der ärztlichen Praxis* (1. Auflage). Bern: Hogrefe.
- Schmidt-Kaehler, S., Dadaczynski, K., Gille, S., Okan, O., Schellinger, A., Weigand, M. et al. (2021). Gesundheitskompetenz: Deutschland in der digitalen Aufholjagd Einführung technologischer Innovationen greift zu kurz. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 83 (5), 327-332.
- Schwartzberg, J. G., Cowett, A., VanGeest, J. & Wolf, M. S. (2007). Communication techniques for patients with low health literacy: a survey of physicians, nurses, and pharmacists. *American journal of health behavior*, 31 Suppl 1, S96-104.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. (2019). *Kommunikation im medizinischen Alltag. Ein Leitfaden für die Praxis*.
- Sharples, J. M., Oxman, A. D., Mahtani, K. R., Chalmers, I., Oliver, S., Collins, K. et al. (2017). Critical thinking in healthcare and education. *BMJ*, 357, j2234.
- Sørensen, K., van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. et al. (2012). Health literacy and public health. a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12 (1), 80.
- Stahl, K. & Nadj-Kittler, M. (2016). *Picker Report 2016. Vertrauen braucht gute Verständigung. Erfolgreiche Kommunikation mit Kindern, Eltern und erwachsenen Patienten*, Hamburg: Picker Institut Deutschland gGmbH.
- The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL (Hrsg.). (2021). *International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS19) of M-POHL*. Vienna: Austrian National Public Health Institute.
- The Lancet. (2020). The truth is out there, somewhere. *The Lancet*, 396 (10247), 291.
- Thiel, R., Deimel, L., Schmidtmann, D., Piesche, K., Hüsing, T., Rennoch, J. et al. (2018). *#SmartHealthSystems. Digitalisierungsstrategien im internationalen Vergleich*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Thompson, T. L. (2001). Die Beziehung zwischen Patienten und professionellen Dienstleistern des Gesundheitswesens. In K. Hurrelmann & A. Leppin (Hrsg.), *Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health* (S. 73-93). Bern: Hans Huber.
- Wang, X. & Luan, W. (2022). Research progress on digital health literacy of older adults: A scoping review. *Frontiers in public health*, 10, 906089.
- Wittenberg, E., Ferrell, B., Kanter, E. & Buller, H. (2018). Health Literacy: Exploring Nursing Challenges to Providing Support and Understanding. *Clinical journal of oncology nursing*, 22 (1), 53-61.
- World Health Organization. (2016). *Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. 9th Global Conference on Health Promotion*. Shanghai 21-24 November, Shanghai.

- World Health Organization. (2019). *Draft WHO European roadmap for implementation of health literacy initiatives through the life course*. Copenhagen: WHO. Verfügbar unter [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/409125/69wd14e\\_Rev1\\_RoadmapOnHealth-Literacy\\_190323.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/409125/69wd14e_Rev1_RoadmapOnHealth-Literacy_190323.pdf?ua=1)
- World Health Organization. (2022). *Health literacy development for the prevention and control of non-communicable diseases: Volume 1. Overview.*, World Health Organization. Zugriff am 11.01.2023. Verfügbar unter <https://www.who.int/publications/i/item/9789240055339>
- World Health Organization (WHO) – Regional Office for Europe. (2013). *Health Literacy. The Solid Facts*. Geneva: World Health Organization.
- Zarocostas, J. (2020). How to fight an infodemic. *The Lancet*, 395 (10225), 676.

### 3 Methodisches Vorgehen

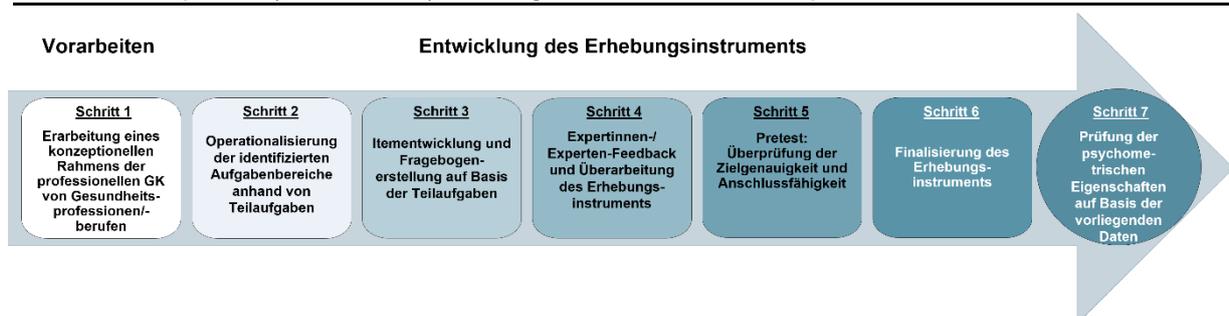
#### 3.1 Erhebungsinstrument

*Robert Griebler, Saskia Maria De Gani, Lennert Griese, Alexander Haarmann, Rebecca Jaks, Thomas Link, Doris Schaeffer, Denise Schütze und Christa Straßmayr*

Bislang existieren keine Untersuchungen, die sich in Übereinstimmung mit dem zuvor dargelegten Konzept mit der professionellen Gesundheitskompetenz von Gesundheitsprofessionen/berufen (GP/GB) befassen. Vorliegende Untersuchungen und auch Messinstrumente fokussieren ausschließlich auf die persönliche Gesundheitskompetenz (GK) der GP/GB. Aus diesem Grund wurde ein neues Instrument zur Messung der professionellen GK entwickelt (PROF-HL-Q). Das Befragungsinstrument wurde zwischen Januar und Mai 2022 in einem mehrstufigen Prozess erarbeitet, mit dem Ziel, sowohl länderübergreifend als auch für unterschiedliche GP/GB einsetzbar zu sein.

Ausgangspunkt für die Fragebogenentwicklung war das in Kapitel 2 beschriebene Konzept zur professionellen GK von GP/GB (siehe Abbildung 3.1, Schritt 1). Die darin identifizierten Aufgabenbereiche wurden durch das HLS-PROF Konsortium in Form einzelner Aufgaben operationalisiert (Schritt 2). Auf Basis dieser Aufgaben erfolgte die Itementwicklung und Fragebogenerstellung (Schritt 3). Der Fragebogenentwurf wurde in allen drei Ländern (Deutschland, Österreich und Schweiz) mit ausgewählten Expertinnen/Experten diskutiert und/oder ihnen zum Feedback vorgelegt, um u. a. die Anschlussfähigkeit und Vollständigkeit des Instruments zu prüfen. Die Rückmeldungen wurden von den nationalen Studententeams gesammelt, gemeinsam diskutiert und in der Überarbeitung des Erhebungsinstruments berücksichtigt (Schritt 4). Danach wurde der Fragebogen im Rahmen von (kognitiven) Pretests in allen drei Ländern auf seine Praxistauglichkeit geprüft (Schritt 5) und in einem abschließenden Schritt finalisiert (Schritt 6). Das neu entwickelte Erhebungsinstrument zur Ermittlung der professionellen GK wurde erstmals zwischen dem 25. Mai und dem 8. August 2022 in Deutschland, Österreich und in der Schweiz bei verschiedenen GP/GB eingesetzt (Drei-Länder-Erhebung). Die Erhebungen erfolgten online und unabhängig voneinander (siehe Kapitel 3.2). Mithilfe der gewonnenen Daten wurde das Instrument anschließend auf seine psychometrischen Eigenschaften geprüft (Schritt 7). Jeder Schritt der Fragebogenentwicklung wurde im HLS-PROF Konsortium intensiv diskutiert und gemeinsam entschieden. In der nachfolgenden Abbildung 3.1 werden alle sieben Schritte dargestellt.

Abbildung 3.1: Schritte der Entwicklung des Erhebungsinstruments zur Messung professioneller Gesundheitskompetenz (PROF-HL-Q) bei ausgewählten Gesundheitsprofessionen/-berufen



Quelle: HLS-PROF 2022

## **Schritt 1: Erarbeitung konzeptioneller Grundlagen für die Messung professioneller GK**

Eine im Vorfeld der Studie in der Schweiz durchgeführte Delphi-Studie (Beese et al., i.V.) zu den notwendigen Kernkompetenzen von GP/GB im adäquaten Umgang mit der unterschiedlichen GK von Patientinnen/Patienten sowie eine parallel dazu durchgeführte Literaturanalyse haben gezeigt, dass derzeit kein klares Verständnis von professioneller GK existiert und auch keine Instrumente zur Messung der professionellen GK von GP/GB vorliegen. Deshalb wurde im Rahmen der HLS-PROF Studie ein neues Konzept entwickelt (siehe Kapitel 2), das vier zentrale Aufgabenbereiche umfasst:

- (1) *professionelles Informations- und Wissensmanagement*; bezieht sich auf den Umgang mit neuem professionell/beruflich relevantem Wissen und Informationen, die für die Ausübung der professionellen/beruflichen Tätigkeiten wichtig sind, um im Alltag fachgerecht und evidenzbasiert handeln und Patientinnen/Patienten auf der Grundlage vorliegender Evidenz informieren zu können.
- (2) *Informations- und Wissensvermittlung*; umfasst die Einschätzung der Informations- und Kommunikationsvoraussetzungen und der Informationsbedarfe und -bedürfnisse von Patientinnen/Patienten, die systematische, didaktisch versierte Vermittlung und Erklärung von Informationen unter Beachtung und Rückgriff auf edukative Strategien, den kompetenten Umgang mit speziellen Herausforderungen bei der Informationsvermittlung und die Überprüfung, ob Informations- und Kommunikationsinhalte verstanden wurden.
- (3) *patientenzentrierte Kommunikation*; meint die Herstellung einer Gesprächssituation, die den Bedingungen für eine konstruktive (dialogische) Kommunikation entspricht und eine aktive Beteiligung von Patientinnen/Patienten und Empowerment ermöglicht.
- (4) *professionelle digitale Gesundheitskompetenz*; umfasst die Unterstützung von Patientinnen/Patienten im Umgang mit digitalen Gesundheitsinformationen und auch den Umgang mit professionell relevanten digitalen Gesundheitsinformationen.

## **Schritt 2: Operationalisierung der im Rahmen der Neukonzeption professioneller GK identifizierten Aufgabenbereiche**

In einem zweiten Schritt wurden für die vier Aufgabenbereiche jeweils einzelne, konkrete Aufgaben definiert, die als berufsimmanent angesehen werden können. Die Aufgaben wurden so definiert, dass sie möglichst für alle GP/GB Relevanz besitzen.

Die Aufgaben im Bereich „professionelles Informations- und Wissensmanagement“ (Aufgabenbereich 1) beziehen sich auf den Umgang mit professionell/beruflich relevanten Informationen und wurden entlang der vier Informationsverarbeitungsschritte von GK (Sørensen et al., 2012) definiert. GK umfasst demnach das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten, relevante Informationen finden, verstehen, beurteilen und anwenden zu können und wird als ein relationales Konzept verstanden (Parker, 2009; Parker & Ratzan, 2010). GK wird danach nicht allein durch die persönlichen Fähigkeiten geprägt, sondern entsteht immer auch im Kontext der jeweiligen Lebenswelt und in Auseinandersetzung mit der Verfügbarkeit, Verständlichkeit, Zugänglichkeit und Benutzerfreundlichkeit von Informationen und Informationsangeboten.

Die Aufgaben im Bereich „Informations- und Wissensvermittlung“ (Aufgabenbereich 2) wurden vor allem unter Rückgriff auf die GK-Diskussion, auf Literatur zum Thema „patient education and information“ sowie auf Konzepte systematischer Informations- und Wissensvermittlung operationalisiert. Die Aufgaben beziehen sich auf die Ermittlung von Informations- und Lernvoraussetzungen, den Lernbedingungen und -kapazitäten des Gegenübers, auf die didaktisch versierte Vermittlung von Informationen und

Wissen, die über die bloße Weitergabe von Informationen hinausgeht und sich an den Erfordernissen teilnehmerzentrierten, partizipativen Lernens orientiert, und auf die Ergebnissicherung der Informations- und Wissensvermittlung. Ebenso folgt die Informationsvermittlung den Schritten der Informationsverarbeitung nach Sørensen et al. (2012), wobei der erste Schritt (Finden) als weniger zentral erachtet wird.

Die Herleitung konkreter Aufgaben im Bereich „patientenzentrierte Kommunikation“ (Aufgabenbereich 3) stützt sich u. a. auf die Erkenntnisse der Delphi-Studie (Beese et al., i.V.), auf die zwei Vorläufer-Studien zu Kernkompetenzen und Praktiken von GP/GB aus den USA und Europa (Coleman et al., 2013; Karuranga et al., 2017), den Calgary-Cambridge Guide (C-CG) (Silverman et al., 2013) und auf das CanMEDS Framework (Frank et al., 2015). Der C-CG gehört zu den in Nordamerika und Europa anerkannten Rahmenwerken zur Gesprächsqualität in der Gesundheitsversorgung. Dieses Rahmenwerk wurde in den letzten 25 Jahren kontinuierlich weiterentwickelt und hat sich als Leitfaden für die Herstellung einer patientenzentrierten Gesprächspraxis in der Interaktion mit Patientinnen/Patienten bewährt. Dieser fokussiert vor allem auf den Prozess patientenzentrierter Gespräche und nur in einzelnen Bereichen auf Aspekte der Informations- und Wissensvermittlung (z. B. in der Phase „Explanation and Planning“). Das CanMEDS Framework, ein ebenfalls weit verbreiteter Kompetenzrahmen, der 2005 erstmals veröffentlicht (Frank, 2005) und zuletzt 2015 aktualisiert wurde (Frank et al., 2015), definiert hingegen sieben Rollen mit dazugehörigen Kompetenzbündeln, die für eine erfolgreiche patientenzentrierte Kommunikation und Versorgung durch Ärztinnen/Ärzte wichtig sind. Auch in diesem Rahmenkonzept steht die Kommunikation im Vordergrund. Entsprechend wurden die Aufgaben im Bereich „patientenzentrierte Kommunikation“ mit diesen Modellen abgeglichen.

Die „professionelle digitale GK“ (Aufgabenbereich 4) wurde ebenfalls entlang der vier Schritte der Informationsverarbeitung nach Sørensen et al. (2012) operationalisiert. Das Thema hat sich bereits in einer Studie zur Rolle der GP/GB bei der Förderung von GK als wichtig angedeutet (Schaeffer & Vogt, 2022) und wurde auch in den Expertinnen-/Expertengesprächen (siehe Schritt 4) als sehr relevant eingestuft. Für Deutschland hat es zudem besondere Bedeutung, da hier in den zurückliegenden Jahren vier Digitalisierungsgesetze verabschiedet wurden und aktuell eine neue Strategie diskutiert wird, mit denen die digitale Transformation und auch die digitale GK im Gesundheitswesen gefördert werden soll. Der Fokus wurde bei der Operationalisierung der Aufgaben auf die Unterstützung von Patientinnen/Patienten im Umgang mit digitalen Gesundheitsinformationen gelegt und nicht auf die digitale GK der GP/GB selbst. Die Operationalisierung der (Teil-)Aufgaben orientiert sich dabei u. a. auch am HLS<sub>19</sub>-Fragebogen zur digitalen GK (HLS<sub>19</sub> Consortium, 2021).

### **Schritt 3: Itementwicklung und Fragebogenerstellung**

Zu allen definierten Aufgaben der professionellen GK wurden passende Items formuliert. Im Bereich der Kommunikation wurde zudem auf Fragen/Items zurückgegriffen, die im Rahmen des Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS<sub>19</sub>) – ein Projekt des Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL; <https://m-pohl.net>) – für die Entwicklung des HLS<sub>19</sub>-Instruments zur Erfassung der kommunikativen Gesundheitskompetenz von Patientinnen und Patienten im Rahmen ärztlicher Gespräche erstellt wurde, sowie auf das finale HLS<sub>19</sub>-Instrument zur kommunikativen Gesundheitskompetenz (HLS<sub>19</sub>-COM-P) (Finbråten et al., 2022). Diese Items wurden auf das Ziel und den Inhalt der geplanten Erhebung transferiert und entsprechend angepasst sowie in ihren Formulierungen vereinheitlicht.

Analog zur HLS<sub>19</sub>-Methodologie (The HLS<sub>19</sub> Consortium of the WHO Action Network M-POHL 2021) messen die Items des PROF-HL-Q die selbsteingeschätzten Schwierigkeiten bei der Bewältigung von vorab definierten Aufgaben professioneller GK. Mit dem Instrument wird zugleich dem relationalen Charakter von GK Rechnung getragen, da Schwierigkeiten im Umgang mit den einzelnen Aufgaben sowohl

aus den persönlichen Fähigkeiten und Kompetenzen als auch aus den gegebenen Kontextbedingungen resultieren können (Parker, 2009; Parker & Ratzan, 2010). Die Items können auf einer fünfstufigen Likert-Skala mit den Antwortausprägungen „sehr einfach“ – „eher einfach“ – „weder einfach noch schwierig“ – „eher schwierig“ – „sehr schwierig“ beantwortet werden.

Zusätzlich zur professionellen GK wurde ein Fragenset entwickelt, in dem ausgewählte organisationale Rahmenbedingungen zur Förderung der GK von Patientinnen/Patienten (z.B. ausreichend Zeit, geeignete Räumlichkeiten, keine Unterbrechungen) in den Blick genommen werden. Hierfür wurde Fragen aus dem Self-Assessment Tool to Promote Organizational Health Literacy in Primary Care Settings (OHL Self-AsseT) der Schweiz (De Gani et al., 2020) berücksichtigt und adaptiert. Zudem wurden Fragen konzipiert, die auf die Vertrautheit mit dem Konzept der Gesundheitskompetenz und mit speziellen Methoden und Techniken der Informations- und Wissensvermittlung abzielen. Darüber hinaus wurden drei Fragen formuliert, die erfassen, wie gut sich Befragte durch ihre Berufsausbildung auf Erfordernisse in den drei Bereichen „professionelles Informations- und Wissensmanagement“, „Informations- und Wissensvermittlung“ und „patientenzentrierte Kommunikation“ vorbereitet sehen. Das Erhebungsinstrument zur Erfassung der professionellen GK wurde (PROF-HL-Q) mit Fragen zur Soziodemografie und berufsbezogenen Merkmalen komplettiert.

Bei der Entwicklung und Auswahl der Items wurde anfangs ein breiter Zugang gewählt und ein großer Item-Pool generiert, aus dem in einem iterativen Prozess die besten ausgewählt und überarbeitet wurden. Das von dem HLS-PROF Konsortium akkordierte und abgestimmte Erhebungsinstrument wurde von den nationalen Studienteams nach Bedarf um national relevante Fragen erweitert.<sup>11</sup>

#### Schritt 4: Expertinnen-/ Experten-Feedback

Das akkordierte Erhebungsinstrument wurde in jedem der drei Länder ausgewählten Expertinnen/Experten zur Diskussion vorgelegt. Insgesamt gab es Rückmeldungen von 33 Expertinnen/Experten unterschiedlicher Disziplinen (Tabelle 3.1).

Tabelle 3.1: Übersicht Expertinnen-/Expertenfeedback in den DACH-Ländern

	Sample – fachlicher Hintergrund	Art des Feedbacks
Schweiz	8 Expertinnen/Experten <ul style="list-style-type: none"> <li>• Public Health, Gesundheitsförderung und Prävention, GK, Politik (1 Person)</li> <li>• Public Health, Gesundheitsförderung und Prävention, GK, Psychologie, Pädagogik (1 Person)</li> <li>• (Medizin-)Soziologie, Public Health, GK (1 Person)</li> <li>• Pflegewissenschaften, Public Health, Patientenbildung (1 Person)</li> <li>• Public Health, Gesundheitsberufe, GK, Vertretung Ärzteschaft (1 Person)</li> <li>• Vertretung Apothekerschaft, Gesundheitsberufe, Kommunikation (1 Person)</li> <li>• Pflege, Pflegeentwicklung (1 Person)</li> <li>• Physiotherapie, Professionsentwicklung, Evaluation (1 Person)</li> </ul>	4 Einzelinterviews 1 Gruppeninterview

<sup>11</sup> Beispielsweise wurden in der Schweiz zusätzlich Apothekerinnen/Apotheker, Ärztinnen/Ärzte, Pflegefachpersonen und Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten in Ausbildung befragt. Für sie wurden zusätzliche Fragen zur Ausbildung gestellt und die Antwortmöglichkeiten um die Option „nicht relevant für mich“ erweitert.

Deutschland	11 Expertinnen/Experten: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medizin/Public Health (6 Personen)</li> <li>• Pflege/Pflegewissenschaft (5 Personen)</li> </ul>	2 Fokusgruppen (online) 2 Einzelinterviews (online) 1 schriftliches Feedback
Österreich	14 Expertinnen/Experten: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommunikationswissenschaften, Public Health, GK (1 Person)</li> <li>• Pflege/Pflegewissenschaften, Public Health, GK (2 Person)</li> <li>• Psychologie, Public Health, GK (1 Person)</li> <li>• Gesundheitsberufe, Public Health, GK (1 Person)</li> <li>• Physiotherapie, Public Health (1 Person)</li> <li>• Soziologie, Public Health, Statistik (2 Personen)</li> <li>• Planung und Systementwicklung im Gesundheitsbereich, Medizin, Public Health (4 Personen)</li> <li>• Fragebogenentwicklung (2 Person)</li> </ul>	Schriftliches Feedback

Quelle: HLS-PROF 2022

Der Fragebogen und die darin abgebildeten Themen wurden von den Expertinnen/Experten durchgängig als sehr relevant eingestuft und stießen auf hohe Akzeptanz bei Vertreterinnen/Vertretern der ausgewählten Gesundheitsprofessionen/-berufe. Das Expertinnen-/Expertenfeedback lieferte zugleich wertvolle Hinweise, wo der Fragebogen für den Pretest noch weiterentwickelt werden sollte. Auf Basis des Expertinnen-/Expertenfeedbacks wurde der Fragebogen überarbeitet:

- Im Bereich „Informations- und Wissensmanagement“ wurde angeregt, Aspekte zur „Scientific Literacy“ und zur Interprofessionalität intensiver zu berücksichtigen. Diese Aspekte wurden im Fragebogen noch berücksichtigt.
- Im Bereich „Informations- und Wissensvermittlung“ und „patientenzentrierte Kommunikation“ wurden noch Aspekte angesprochen, die die Aufbereitung von Informationen und Fortbildungsangeboten betreffen. Diese Anregungen wurden teils auf nationaler Ebene weiterverfolgt, aber nicht mehr im Kernfragebogen der Drei-Länder-Erhebung berücksichtigt.
- Betont wurde auch die große Bedeutung der digitalen GK. Dazu wurde ein eigenes Fragenpaket entwickelt.
- Angemerkt wurde außerdem, dass es problematisch sein könnte, in Sachen „Informations- und Wissensvermittlung“ und „patientenzentrierte Kommunikation“ gleichzeitig Gespräche mit Patientinnen/Patienten bzw. deren Angehörigen abzufragen, weil es sich um zwei unterschiedliche Personengruppen mit unterschiedlichen Erwartungen und Bedürfnissen handelt. Es wurde daher vorgeschlagen, diese doppelte „Bezugsgruppe“ in den Fragetexten deutlich zu machen.
- Auch wurde darauf hingewiesen, dass bestimmte Fragen (a) sozial erwünschte Antworten provozieren könnten (z.B. ob man Patientinnen/Patienten aktiv zuhört) und (b) teils schwer einzuschätzen wären (z.B. ob Patientinnen/Patienten Informationen gut vermittelt wurden). Dies wurde im kognitiven Pretest (Schritt 5) berücksichtigt.

- Darüber hinaus wurden Vorschläge zur Reformulierung bestimmter Fragen und Items, zu ergänzenden Hinweisen bei bestimmten Antwortskalen und zur Reihenfolge der Fragen und Items im Fragebogen gemacht, die mehrheitlich aufgegriffen wurden.
- Bei den berufsbezogenen Merkmalen wurden ergänzende Aspekte und Spezifizierungen vorgeschlagen. Sie wurden in den Fragebogen übernommen.

### Schritt 5: Prüfung der Praxistauglichkeit des Befragungsinstruments im Rahmen kognitiver Interviews

In einem nächsten Schritt wurden in Österreich und der Schweiz kognitive Interviews mit praktizierenden Vertreterinnen und Vertretern ausgewählter GP/GB durchgeführt (n=14), um das Verständnis, die Verständlichkeit und die Relevanz der Fragen sowie den Ablauf und Umfang der Befragung zu prüfen (Tabelle 3.2). In Deutschland erfolgte eine schriftliche Befragung praktizierender Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachkräfte (n=4), bei dem die Befragten Anmerkungen zu unklaren Formulierungen, zu Schwierigkeiten beim Verständnis von Begriffen und Itemformulierungen sowie allgemeine Anmerkungen rückmelden konnten. In einem Fall wurde noch ein vertiefendes Telefongespräch geführt.

Tabelle 3.2: Übersicht Pretests in den DACH-Ländern

	Stichprobe	Art des Pretests	Durchführung
Schweiz	1 Apotheker 1 Ärztin 1 Angehörige von Pflegeberufen 1 Physiotherapeut 1 Psychologin	kognitiver Pretest	5 Interviews via Zoom
Deutschland	2 Ärztinnen/Ärzte 2 Pflegefachpersonen	schriftlicher Pretest	4 schriftliche Rückmeldungen und 1 zusätzliches Telefonat
Österreich	3 Ärztinnen/Ärzte 4 Angehörige von Pflegeberufen 3 Physiotherapeutinnen und -therapeuten	kognitiver Pretest	8 persönliche Interviews 2 Interviews via Zoom

Quelle: HLS-PROF 2022

Insgesamt verlief der Pretest erfolgreich. Die Ergebnisse haben gezeigt, dass die abgefragten Themen von großer Relevanz sind und einen engen Konnex zum beruflichen Alltag der ausgewählten GP/GB aufweisen. Der Fragebogen wurde als nicht zu lang eingeschätzt und es gab keine Anzeichen dafür, dass sozial erwünscht geantwortet wurde oder im Fragebogen allzu kritische oder sensible Fragen enthalten sind. Die Skala „(sehr) einfach“ bis „(sehr) schwierig“ wurde von den Befragten in Österreich auf zweierlei Weise gedeutet: entweder als tatsächliche Kompetenzabfrage und/oder als Abfrage der Rahmenbedingungen. Dies entspricht aber dem relationalen Verständnis von GK. In Deutschland und in der Schweiz wurden dazu keine Anmerkungen gemacht. Die Beantwortung der Fragen wurde in Österreich als leicht eingestuft, in der Schweiz jedoch tendenziell als schwierig empfunden.

## Schritt 6: Finale Überarbeitung des Erhebungsinstruments

Auf Basis der Ergebnisse des kognitiven Pretests wurde das Erhebungsinstrument vom HLS-PROF Konsortium überarbeitet, gekürzt und finalisiert. Die Reduktion zielte vor allem darauf, ein kompaktes Instrument mit möglichst wenig Redundanzen zu erhalten. Das Erhebungsinstrument zur Messung professioneller GK von GP/GB, das in weiterer Folge in der Drei-Länder-Erhebung verwendet wurde, besteht schließlich insgesamt aus neun inhaltlichen Blöcken (siehe Tabelle 3.3) und umfasst (ohne länderspezifische Fragen) insgesamt 75 Items.

Tabelle 3.3: Erhebungsinstrument zur Messung professioneller GK von Gesundheitsprofessionen/-berufen: Inhaltliche Bereiche und Anzahl der Items

Item-Set
(1) professionelles Informations- und Wissensmanagement (inkl. einer Frage zur Qualität der Ausbildung in diesem Bereich)
(2) Wissens- und Informationsvermittlung (inkl. einer Frage zur Qualität der Ausbildung in diesem Bereich)
(3) patientenzentrierte Kommunikation (inkl. einer Frage zur Qualität der Ausbildung in diesem Bereich)
(4) professionelle digitale Gesundheitskompetenz und digitale Angebote
(5) organisationale Rahmenbedingungen zur Förderung der Gesundheitskompetenz von Patientinnen und Patienten
(6) Vertrautheit mit spezifischen Kommunikationstechniken
(7) Vertrautheit mit dem Konzept der GK
(8) berufsbezogene Charakteristika
(9) Soziodemographie

Quelle: HLS-PROF 2022

Der finalisierte Fragebogen wurde für die Befragung in der Schweiz von einem professionellen Übersetzungsinstitut in die Sprachen Italienisch, Französisch und Englisch übersetzt und von muttersprachlichen Personen und Expertinnen/Experten aus dem Bereich GK (Italienisch: 2 Personen, Französisch: 1 Person, Englisch: 1 Person) überprüft und angepasst.

## Schritt 7: Prüfung der psychometrischen Eigenschaften der entwickelten Item-Sets auf Basis der Daten aus der Drei-Länder-Erhebung

Auf Basis der Drei-Länder-Daten wurden die psychometrischen Eigenschaften der verwendeten Item-Sets zur professionellen GK erfasst. Dabei wurde überprüft, wie kohärent die einzelnen Fragesets die dahinterliegenden Konzepte („professionelles Informations- und Wissensmanagement“, „Informations- und Wissensvermittlung“, „patientenzentrierte Kommunikation“ und „professionelle digitale GK“) operationalisieren und ob die einzelnen Fragesets möglichst trennscharf, d. h. nicht überschneidend, die einzelnen Aspekte professioneller GK erfassen können (diskriminante Validität).

Die psychometrische Prüfung der Fragesets erfolgte – getrennt für die einzelnen GP/GB (insgesamt und für die einzelnen Länder) – mithilfe explorativer und konfirmatorischer Faktorenanalysen und Analysen zur internen Konsistenz (Kapitel 3.4). Die Analysen haben gezeigt, dass die Item-Sets (Tabelle 3.16) gut geeignet sind, um die unterschiedlichen Aspekte professioneller GK zu operationalisieren. Bei der „patientenzentrierten Kommunikation“ handelt es sich allerdings um ein vielschichtiges Konzept,

das in der Studie nicht in all seinen Facetten abgefragt wurde. Die Ergebnisse zur Instrumententestung werden noch gesondert veröffentlicht.

Items, die aus statistischen Gründen nur suboptimal zu den jeweiligen Item-Sets passten, bzw. nur eingeschränkt für alle GP/GB zur Messung der professionellen GK geeignet sind, bleiben in den Scores zur professionellen GK (Punktwerten) und in den weiterführenden Analysen unberücksichtigt oder sind in der Ergebnisdarstellung eigens gekennzeichnet. Dies betrifft insgesamt sieben Items (siehe Tabelle 3.4).

Tabelle 3.4: Items, die nicht in den Scores zur professionellen GK berücksichtigt wurden

<b>Wie einfach oder schwierig ist es für Sie, ...</b>	
PHL35	zu beurteilen, ob Ihr professionelles Fachwissen aufgefrischt werden muss, um weiterhin auf dem neuesten Stand zu sein?
PHL36	mit Kolleginnen/Kollegen (auch anderer Berufsgruppen) Fachinformationen zu besprechen und zu reflektieren (z.B. Diagnosen oder Behandlungspraktiken)?
PHL37	Informationen Schritt für Schritt so zu strukturieren und zu dosieren, dass Patientinnen/Patienten sie aufnehmen können?
PHL38	unterstützendes Informationsmaterial (z. B. Folder, Broschüren, Übungszettel, etc.) einzusetzen bzw. mitzugeben?
PHL39	Patientinnen/Patienten zu erklären, wie sie ihre Gesundheit auch über die Behandlung bzw. Pflege hinaus stärken können?
<b>Zunächst geht es um die Kommunikationsvoraussetzungen von Patientinnen/Patienten. Wie einfach oder schwierig ist es für Sie einzuschätzen, ...</b>	
PHL40	ob ihr Hör- oder Sehvermögen eingeschränkt ist?
PHL41	auf welchen sozialen Unterstützungsmöglichkeiten Patientinnen/Patienten zurückgreifen können?

Quelle: HLS-PROF 2022

## Literaturverzeichnis

- Beese A.S., Jaks. R., Guggiari E., De Gani S.M. (in Vorbereitung). Health Literacy Competencies of Health Professionals.
- Finbråten, H.S.; Nowak, P.; Griebler, R.; Bíró, É.; Vrdelja, M.; Charafeddine, R.; Griese, L.; Bøggild, H.; Schaeffer, D.; Link, T.; Kucera, Z.; Mancini, J.; Pelikan, J.M. The HLS19-COM-P, a New Instrument for Measuring Communicative Health Literacy in Interaction with Physicians: Development and Validation in Nine European Countries. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19, 11592. <https://doi.org/10.3390/ijerph191811592>
- Frank, J.R. (Ed). 2005. *The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care.* Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada
- Frank, J.R., Snell, L., & Sherbino, J. C. (2015). Physician competency framework. *Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada*, 1-30.
- Parker, R. (2009): Measures of Health Literacy: What? So What? Now What? In: *Measures of Health Literacy: Workshop Summary*. Hg. v. Hernandez, Lyla M. The National Academies Press, Washington. S. 91-S. 98
- Parker, R. & Ratzan, S. C. (2010). Health literacy. A second decade of distinction for Americans. *Journal of Health Communication*, 15 Suppl 2, 20–33. <https://doi.org/10.1080/10810730.2010.501094>

- Schaeffer, D. & Vogt, D. (2022). *Zweiter Teilbericht – Umsetzungsbedingungen in der ambulanten Medizin und Pflege*. Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK), Universität Bielefeld.
- Silverman, J.; Kurtz, S. & Draper, J. (2013): *Skills for Communicating with Patients*. 3 Aufl., Radcliffe Publishing Ltd, London
- Sørensen, K.; Van den Broucke, S.; Fullam, J.; Doyle, G.; Pelikan, J.; Slonska, Z.; Brand, H.; Consortium Health Literacy Project, European (2012): Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80
- The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL (Hrsg.). (2021). *International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS19) of M-POHL*. Vienna: Austrian National Public Health Institute.

## 3.2 Datenerhebung

*Saskia Maria De Gani, Robert Griebler, Lennert Griese, Alexander Haarmann, Rebecca Jaks, Doris Schaeffer, Denise Schütze und Christa Straßmayr<sup>12</sup>*

### 3.2.1 Schweiz

Die Schweizer Studie wurde vom Careum Zentrum für Gesundheitskompetenz (ZGK) durchgeführt und von der Careum Stiftung finanziert. Das Forschungsinstitut gfs.bern war für die Datenerhebung sowie für die Auswertung in Zusammenarbeit mit der Auftraggeberin (ZGK) zuständig. Die Befragung in der Schweiz richtete sich an Apothekerinnen/Apotheker, Ärzte/Ärztinnen, Pflegekräfte (Fachfrauen/Fachmänner Gesundheit, diplomierte Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner oder Pflegeexpertinnen/Pflegeexperten), Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten, jeweils entweder im Berufsleben befindend oder noch in Ausbildung, sowie an berufstätige Psychologinnen/Psychologen und/oder nicht ärztliche Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten. In diesem Bericht werden die Ergebnisse der Personen in Ausbildung sowie berufstätige Psychologinnen/Psychologen und/oder nicht ärztliche Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten aufgrund der geringen Rücklaufquoten nicht berücksichtigt.

Für die Rekrutierung der Zielgruppe wurde in der Schweiz eine ähnliche Strategie wie in Österreich verfolgt. In einem ersten Schritt wurden wichtige Multiplikatorinnen/Multiplikatoren im Gesundheitsbereich wie beispielsweise nationale Berufsverbände, Fachgesellschaften, Netzwerke, Vereine sowie Hochschulen und Universitäten via E-Mail kontaktiert und über die Ziele der Studie informiert. Anschließend wurden sie gebeten, ein Informationsblatt mit dem Link zur Befragung innerhalb ihres Wirkungsbereichs weiterzuleiten und/oder über ihre Kommunikationskanäle, wie zum Beispiel Newsletter oder Webseite, zu streuen. Das Informationsblatt wurde in den drei Landessprachen Deutsch, Französisch und Italienisch erstellt. Um allfällige Fragen zu klären oder zusätzliche Informationen zu liefern, wurde den kontaktierten Organisationen bzw. Kontaktpersonen ein persönliches Gespräch angeboten. Des Weiteren wurde es den Organisationen überlassen, in welcher Form bzw. über welchen Kanal sie auf die Befragung aufmerksam machen wollten. Dabei versendeten sie mehrheitlich E-Mails mit den wesentlichen Informationen zur Studie, ein kurzes Statement zur Bedeutung der Befragung und den Link zur Umfrage an ihre Mitglieder und/oder Studierenden. Auch wurden die Multiplikatorinnen/Multiplikatoren gebeten, zwei Wochen nach Start der Erhebung ein Erinnerungsschreiben zu versenden. Bei denjenigen Berufsgruppen, die zwischenzeitlich eher eine geringe Rücklaufquote aufwiesen, wurden in einem zweiten Schritt auch Verbände und Organisationen auf kantonaler Ebene kontaktiert. Zusätzlich zur Rekrutierung über die nationalen und kantonalen Institutionen wurde eine spezifische Landing Page auf der Careum Webseite sowie ein Informationsblatt zur Verbreitung der Studie erstellt. Die Befragung wurde anonymisiert und im Einklang mit den nationalen Datenschutzrichtlinien durchgeführt. Die Ethikkommission des Kantons Zürich bestätigte, dass eine Ethikprüfung für die Schweizer Studie nicht erforderlich ist (BASEC-Nr. Req-2021-01325).

Die Datenerhebung erfolgte zwischen dem 2. Juni und dem 31. Juli 2022 mittels computergestützter Online-Interviews (CAWI). Insgesamt konnten 1.851 gültige Interviews realisiert werden. 2.925 Personen haben den Fragebogen nur teilweise ausgefüllt und vorzeitig abgebrochen. Sieben weitere Personen wurden nach der Plausibilitätsprüfung ausgeschlossen. Werden von den gültigen Interviews die beiden Gruppen, die in diesem Bericht nicht berücksichtigt werden („Personen in Ausbildung“ und „Psychologinnen/Psychologen bzw. Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten“) abgezogen, verbleiben

---

<sup>12</sup> alphabetische Reihenfolge

insgesamt 1.613 gültige Interviews. Die genaue Beschreibung der Stichprobe in der Schweiz erfolgt in Kapitel 3.3.1.

Die Dauer für die Beantwortung der Fragen betrug in der Schweiz im Durchschnitt 13 Minuten und 59 Sekunden, wobei die Beantwortung zwischen 3 Minuten 57 Sekunden und 2 Stunden und 34 Minuten variierte. Tabelle 3.5 fasst die Eckpunkte der Schweizer Datenerhebung zusammen.

Tabelle 3.5: Eckpunkte der Schweizer Datenerhebung

Art der Stichprobe	Gelegenheitsstichprobe (ad-hoc Stichprobe)
Zeitraum der Datenerhebung	2. Juni bis 31. Juli 2022
Erhebungsfirma	gfs.bern
Erhebungsmethode	CAWI (Computer Assisted Web Interviewing)
Gesamtanzahl der Interviews	5.431 (100 %)
Abgeschlossene Interviews	1.858 (34%)
Abgebrochene Interviews	2.925 (54 %)
davon abgebrochen bzw. ausgeschlossen aufgrund des mangelnden Patientenkontakts oder anderer Professions-/Berufsgruppe	648 (12 %)
Ausgeschlossene Interviews nach Plausibilitätsprüfung	7 (0.1 %)
Gültige Interviews	1.851 (34 %)
Gültige Interviews ohne Personen in Ausbildung und Psychologinnen/Psychologen und Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten	1.613 (30 %)
Durchschnittliche Dauer des Interviews	13:59 Min.
Längste Interviewdauer	154:57 Min.
Kürzeste Interviewdauer	3:57 Min.

Quelle: HLS-PROF-CH 2022

### 3.2.2 Deutschland

Die Durchführung der deutschen Studie wurde von einem Studienteam der Hertie School/Universität Bielefeld in Kooperation mit der Stiftung Gesundheitswissen (SGW) durchgeführt. Die Datenerhebung wurde technisch vom Erhebungsinstitut Diamond (KH) Germany HoldCo GmbH (Cerner Enviza) umgesetzt. Die deutsche Studie basiert, wie auch in Österreich und der Schweiz, auf einer Online-Erhebung (CAWI). Die Studie wurde von der Ethik-Kommission der Universität Bielefeld (Nr. 2022-143) als unbedenklich bewertet.

Die Zielgruppe für Deutschland umfasst aktiv tätige Allgemeinärztinnen und -ärzte bzw. hausärztlich tätige Internistinnen und Internisten sowie Pflegefachpersonen, die eine mindestens dreijährige Berufsausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege oder ein Diplom- oder Bachelorstudium mit integrierter Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege durchlaufen haben. Seit 2017 gibt es in Deutschland mit dem Pflegeberufegesetz eine neue Regelung für die Pflegeausbildung, die zur Tätigkeit in allen bisherigen Versorgungsbereichen der Alten-, Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege qualifiziert. Es ist jedoch davon auszugehen, dass sich zum Zeitpunkt der

Erhebung noch keine Personen mit diesem Berufsabschluss unter den Befragten befanden. Es wurden spezifisch Personen mit der Ausbildung zur/zum Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pfleger befragt, da sie auch im Rahmen der ambulanten Krankenpflege Aufgaben übernehmen und in ihrer Tätigkeit einen breiten Bevölkerungsquerschnitt abdecken. Der Einfachheit halber soll nachfolgend für Deutschland von „Pflegefachpersonen“ gesprochen werden.<sup>13</sup>

Die Rekrutierung und Kontaktierung der Befragten sowie die Datenerhebung wurde von zwei selbständigen Anbietern von Online-Panels für das Umfrageinstitut durchgeführt. Um die Zielgruppe *der Ärztinnen/Ärzte* zu erreichen, wurde das Panel von „Sermo“ herangezogen. Sermo ist weltweit eines der größten Online-Panels, das sich auf den Austausch mit und zwischen Medizinerinnen/Medizinern spezialisiert hat. Ärztinnen/Ärzte können sich freiwillig zur Aufnahme in das Sermo-Panel anmelden.

Für die Zielgruppe der *Pflegefachpersonen* wurde das „Payback-Panel“ genutzt. Voraussetzung für die Aufnahme in das Panel ist: die Nutzung einer Payback-Karte, die grundsätzliche Einwilligung der Nutzerinnen und Nutzer, auch zu Forschungs- und Analysezwecken kontaktiert werden zu dürfen sowie eine persönliche Einladung zur Aufnahme in das Panel seitens der Panelbetreiber.

Mit Hilfe eines kurzen Screening-Fragebogens wurde durch beide Panels vor der Hauptbefragung sichergestellt, dass die eingeladenen Personen den oben genannten Zielgruppen entsprechen. Die Aufklärung der Befragten erfolgte unmittelbar im Vorfeld der Befragung mit Hilfe eines Informationstexts. Befragte konnten über den gesamten Erhebungszeitraum Kontakt mit dem jeweiligen Online-Panel-Anbieter oder der Forschungsgruppe aufnehmen. Die Teilnahme an der Online-Befragung war freiwillig.

Über das Sermo-Panel wurden insgesamt 4.468 *Ärztinnen/Ärzte* per E-Mail eingeladen, an der Erhebung zwischen dem 25. Mai und dem 21. Juni 2022 teilzunehmen. Von ihnen haben sich insgesamt 352 Personen beteiligt. Davon wurden 26 Personen durch den Screening-Fragebogen ausgeschlossen. 16 weitere Personen starteten die Befragung, beendeten sie aber nicht. 10 weitere Personen beantworteten den Fragebogen erst nach Ende der Feldzeit und wurden vom Panelanbieter nicht mehr berücksichtigt.

Über das Payback-Panel wurde der Screening-Fragebogen im Bereich der *Gesundheits- und Krankenpflege* an 2.660 Mitglieder des Payback-Panels gesendet. Die Basis für die Vorauswahl bildeten die vorliegenden Stammdaten zum Berufsabschluss.<sup>14</sup> 16 Personen erreichte die Anfrage nicht (aufgrund von Inaktivität, unzustellbarer E-Mail oder Nicht-Erreichbarkeit). 841 Personen wurden ausgeschlossen, da sie nicht Teil der Zielgruppe waren. 1.803 Personen, die sich über das Screening qualifiziert hatten, wurden zur regulären Befragung per E-Mail eingeladen. Hieraus konnten 630 vollständige Interviews generiert werden.

Aus Qualitätsgründen wurden aus beiden Panels insgesamt 9 Interviews im Zuge der Datenbereinigung aus dem Datensatz ausgeschlossen. Insgesamt wurden 921 Interviews in der Datenanalyse berücksichtigt. Eine genaue Beschreibung der Stichprobe ist in Kapitel 3.3.2 zu finden. Die Ausfülldauer betrug im Durchschnitt 10 Minuten und 21 Sekunden (Minimum: 2:40 Minuten,

---

<sup>13</sup> In Deutschland führt das 2017 erlassene Pflegeberufegesetz (PflBG) die bisher getrennt verlaufenen Berufsausbildungen der Altenpflege nach dem „Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz) 2003“, der Gesundheits- und Krankenpflege und der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege nach dem „Krankenpflegegesetz (KrPflG) 2003/2016“ zu einer neuen gemeinsamen Pflegeausbildung für alle Versorgungsbereiche zusammen. Diese dreijährige generalistische Ausbildung zur „Pflegefachfrau“ oder zum „Pflegefachmann“ startete am 1. Januar 2020.

<sup>14</sup> Vor dem Hintergrund, dass im Vergleich zur deutschen Bevölkerung überproportional viele Frauen in der Pflege tätig sind (84,1%) (Statistisches Bundesamt 2021), wurden im PAYBACK-Panel die Pflegefachkräfte quotiert nach Geschlecht eingeladen an der Erhebung teilzunehmen. Damit sollte sichergestellt werden, dass für spätere Analysen getrennt nach Geschlecht noch ausreichend viele männliche Pflegekräfte vorhanden sind.

Maximum: 53:08 Minuten) bei Ärztinnen und Ärzten und 16 Minuten und 38 Sekunden (Minimum: 2:09 Minuten, Maximum: 62:17 Minuten) bei Pflegefachpersonen. Tabelle 3.6 und Tabelle 3.7 fassen die Eckpunkte der deutschen Datenerhebung zusammen.

Tabelle 3.6: Eckpunkte der deutschen Datenerhebung für Ärztinnen und Ärzte (Sermo-Panel)

Art der Stichprobe	Zufallsstichprobe aus vorliegender Panel-Stichprobe
Zeitraum der Datenerhebung	25. Mai und 21. Juni 2022
Erhebungsfirma	Diamond (KH) Germany HoldCo GmbH (Cerner Enviza)
Erhebungsmethode	CAWI (Computer Assisted Web Interviewing)
Teilgenommen am Screening	352 (100 %)
Davon nicht Teil der Zielgruppe	26 (7 %)
teilgenommen an Hauptbefragung	326 (100 %)
Davon abgebrochen	16 (5 %)
Von Panelanbieter nicht mehr berücksichtigt	10 (3 %)
Ausgeschlossene Interviews nach Plausibilitätsprüfung	3 (0,1 %)
<b>Gültige Interviews</b>	<b>297</b>
Durchschnittliche Dauer des Interviews	10:21 Min.
Längste Interviewdauer	53:08 Min.
Kürzeste Interviewdauer	2:40 Min.

Quelle: HLS-PROF-GER 2022

Tabelle 3.7: Eckpunkte der deutschen Datenerhebung für Pflegefachpersonen (PAYBACK-Panel)

Art der Stichprobe	Quotenstichprobe aus vorliegender Panel-Stichprobe
Zeitraum der Datenerhebung	25. Mai und 21. Juni 2022
Erhebungsfirma	Diamond (KH) Germany HoldCo GmbH (Cerner Enviza)
Erhebungsmethode	CAWI (Computer Assisted Web Interviewing)
Teilgenommen am Screening	2.644 (100 %)
Davon nicht Teil der Zielgruppe	841 (32 %)
nicht an Hauptbefragung teilgenommen	1.131 (43 %)
Teilgenommen an Hauptbefragung	672 (100 %)
Davon abgebrochen	42 (6 %)
Ausgeschlossene Interviews nach Plausibilitätsprüfung	6 (0,1 %)
<b>Gültige Interviews</b>	<b>624</b>
Durchschnittliche Dauer des Interviews	16:38 Min.
Längste Interviewdauer	62:17 Min.
Kürzeste Interviewdauer	2:09 Min.

Quelle: HLS-PROF-GER 2022

### 3.2.3 Österreich

Die österreichische Studie wurde federführend von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) und gefördert aus Mitteln der Agenda Gesundheitsförderung durchgeführt. Die Datenerhebung erfolgte online per Computer-Assisted Web Interviewing (CAWI) und wurde technisch vom Institut für statistische Analysen Jaksch & Partner GmbH umgesetzt. Die Jaksch & Partner GmbH programmierte dafür eine Landingpage mit relevanten Informationen zur Befragung und einem Button, der unmittelbar zur Umfrage führte. Zusätzlich wurde ein QR-Code erstellt, der Teilnehmerinnen und Teilnehmern einen raschen Zugang zur Landingpage ermöglichte. Während der gesamten Feldzeit konnten über eine Hotline und einen E-Mail-Account Fragen gestellt werden. Die Befragung wurde anonymisiert und im Einklang mit den Datenschutzrichtlinien durchgeführt. Für die Durchführung der Studie war keine Einreichung bei der Ethikkommission erforderlich.

Die Zielgruppe umfasst Ärztinnen/Ärzte (inkl. Assistenz- und Turnusärztinnen und -ärzte), Zahnärztinnen/ -ärzte, Pflegekräfte (diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/ -pfleger, Pflegeassistentinnen/ -assistenten und Pflegefachassistentinnen/ -assistenten) sowie Physiotherapeutinnen/ -therapeuten. Um die Zielgruppe zu erreichen, wurde mit Multiplikatorinnen/ Multiplikatoren aus Berufskammern, Berufsverbänden, Fachgesellschaften sowie Krankenanstalten zusammengearbeitet. Die Multiplikatorinnen/ Multiplikatoren wurden per E-Mail kontaktiert, über die Studie informiert und gebeten, den Link bzw. den QR-Code zur Befragung innerhalb ihres Wirkungsbereichs weiterzuleiten und auf Websites, in Newslettern und in fachspezifischen Printmedien zu veröffentlichen. Ein Informationsblatt mit den wesentlichen Details zur Studie (Ausgangslage, Ziele, Zielgruppen, technische Durchführung, Datenauswertung und Berichterstattung) wurde den Multiplikatorinnen/Multiplikatoren übermittelt und auf die Landingpage gestellt. Zusätzlich wurden den Multiplikatorinnen/ Multiplikatoren persönliche Gespräche angeboten, um eventuell auftauchende Fragen zu klären bzw. um zusätzliche Informationen zur Verfügung zu stellen. Diese Vorgangsweise ermöglichte einen breiten Zugang zu den ausgewählten Gesundheitsberufen und führte zu einer sogenannten Gelegenheitsstichprobe ohne Anspruch auf Repräsentativität.

Die Datenerhebung fand zwischen 13. Juni und 8. August 2022 statt. Insgesamt begannen 7.474 Personen mit dem Ausfüllen des Fragebogens. 3.597 (48 %) brachen die Befragung vorzeitig ab. Aus Qualitätsgründen wurde ein Interview aus dem Datensatz ausgeschlossen. Insgesamt wurden somit 3.876 Interviews in der Datenanalyse berücksichtigt. Eine genaue Beschreibung der Stichprobe ist in Kapitel 3.3.3 zu finden.

Die Ausfülldauer betrug im Schnitt 18 Minuten und 9 Sekunden mit einer Spannweite von 5 Minuten und 1 Sekunde bis 2 Stunden und 58 Minuten. Tabelle 3.8 fasst die Eckpunkte der österreichischen Datenerhebung zusammen.

Tabelle 3.8: Eckpunkte der österreichischen Datenerhebung

Art der Stichprobe	Gelegenheitsstichprobe (Ad-hoc Stichprobe)
Zeitraum der Datenerhebung	13. Juni und 8. August 2022
Erhebungsfirma	Jaksch & Partner
Erhebungsmethode	CAWI (Computer Assisted Web Interviewing)
Gesamtanzahl der Interviews	7.474 (100 %)
Abgeschlossene Interviews	3.877 (52 %)
Abgebrochene Interviews	3.597 (48 %)
Ausgeschlossene Interviews nach Plausibilitätsprüfung	1 (0,01 %)
Gültige Interviews	3.876 (52 %)
Durchschnittliche Dauer des Interviews	18:09 Min.
Längste Interviewdauer	178:00 Min.
Kürzeste Interviewdauer	5:01 Min.

Quelle: HLS-PROF-AT 2022

### 3.3 Beschreibung der Stichprobe

Saskia Maria De Gani, Robert Griebler, Lennert Griese, Alexander Haarmann, Rebecca Jaks, Doris Schaeffer, Denise Schütze und Christa Straßmayr<sup>15</sup>

#### 3.3.1 Schweiz

##### Ärztinnen/Ärzte

Insgesamt konnten 309 Ärztinnen/Ärzte befragt werden. Davon sind 28 Prozent Allgemeinärztinnen/Allgemeinärzte und 55 Prozent Fachärztinnen/Fachärzte. Die restlichen Ärztinnen/Ärzte konnten nicht eindeutig einer der beiden Gruppen zugeordnet werden. Als Gruppe prozentual am häufigsten vertreten sind die Allgemeinärztinnen/Allgemeinärzte (28 %), danach folgen die Facharzttitle Gynäkologie und Geburtshilfe (25 %), Chirurgie (16 %), Rheumatologie (14 %) und Psychiatrie/Psychotherapie (Tabelle 3.9). Mehr als die Hälfte aller befragten Ärztinnen/Ärzte (53 %) sind weiblich. Im Mittel sind sie 53,2 Jahre alt, mit einer Standardabweichung von 12,3 Jahren. Über ein Viertel (26 %) wurde in einem anderen Land als der Schweiz geboren, 10 Prozent haben eine von den Schweizer Landessprachen unterschiedliche Muttersprache angegeben. 27 Prozent gaben «Deutsch» (in Abgrenzung zu «Schweizerdeutsch») als Muttersprache an (Mehrfachantworten waren möglich). 15 Prozent haben ihre Ausbildung im Ausland absolviert. Die befragten Ärztinnen/Ärzte sind im Durchschnitt 24,8 Jahre (SD 11,8 Jahre) in ihrem Beruf tätig. Sehr viele der befragten Ärztinnen/Ärzte (85 %) haben in ihrem Berufsalltag «(fast) immer» Kontakt zu Patientinnen/Patienten. Ihre Patientinnen/Patienten sind hauptsächlich Menschen mit somatischen Erkrankungen (73 %), mit akuten Erkrankungen (65 %), chronischen Erkrankungen (62 %) und ältere Menschen (53 %). 52 Prozent der Ärztinnen/Ärzte sind angestellt und 56 Prozent selbstständig (9 % beides). 68 Prozent arbeiten in einer Arztpraxis, 42 Prozent (auch) in einem Spital oder einer Klinik. Mehr als die Hälfte (52 %) arbeitet in einem Arbeitspensum von über 80 Prozent. Eine detaillierte Darstellung der Stichprobe anhand der genannten und weiterführenden soziodemographischen und beruflichen Merkmale ist in Tabelle 3.10 ersichtlich.

Tabelle 3.9: Am häufigsten genannten Facharzttrichtungen der befragten Ärztinnen/Ärzte (Mehrfachantworten möglich)

Facharzttitle	N	Anteile (%)
Gynäkologie und Geburtshilfe	63	25
Chirurgie	41	16
Rheumatologie	37	14
Psychiatrie und Psychotherapie	19	7

Quelle: HLS-PROF-CH 2022, Berechnung: gfs.bern, Darstellung: ZGK

##### Pflegekräfte

Insgesamt konnten 692 Pflegekräfte befragt werden. Davon sind 86 Prozent diplomierte Pflegekräfte (Bachelor, Master, Fachhochschule (FH), PhD oder Nachdiplomstudium (NDS HF))<sup>16</sup> und 14 Prozent

<sup>15</sup> alphabetische Reihenfolge

<sup>16</sup> Bei der Erstellung des Onlinefragebogens ist die Antwortkategorie „Pflege Höhere Fachschule (HF)“ unbemerkt rausgefallen. Personen mit einer Pflege HF Ausbildung wurden somit ungewollt ausgeschlossen, außer im Fall, dass sie ein „Nachdiplomstudium NDS HF“ besaßen und entsprechend diese Kategorie auswählten. Wir können somit nicht mit Sicherheit sagen wie viele der befragte Pflegekräfte tatsächlich einen HF-Ausbildung durchlaufen haben.

haben einen Titel als Fachfrau/Fachmann Gesundheit EFZ. Die Pflegekräfte sind zum größten Teil weiblich (89 %). Im Mittel sind sie 39,5 Jahre alt (SD 12,9 Jahre). Über ein Fünftel (23 %) wurden in einem anderen Land als der Schweiz geboren. 25 Prozent gaben «Deutsch» (in Abgrenzung zu «Schweizerdeutsch») als Muttersprache an (Mehrfachantworten waren möglich). 15 Prozent haben ihre Ausbildung im Ausland absolviert. Die befragten Pflegekräfte sind im Durchschnitt 17,4 Jahre (SD 11,5 Jahre) in ihrem Beruf tätig. Sehr viele der befragten Pflegekräfte (81 %) haben in ihrem Berufsalltag «(fast) immer» Kontakt zu Patientinnen/Patienten. Ihre Patientinnen/Patienten sind hauptsächlich Menschen mit chronischen Erkrankungen (63 %), akuten Erkrankungen (60 %), somatischen Erkrankungen (52 %), und ältere Menschen (58 %). 97 Prozent der Pflegekräfte sind angestellt und nur 4 Prozent selbstständig (2 % beides). 67 Prozent arbeiten in einem Spital oder einer Klinik, 15 Prozent bei der Spitex (Organisation für professionelle Pflege und Unterstützung zu Hause) und 13 Prozent in einem Alters- und Pflegeheim (Mehrfachnennungen waren möglich). Mehr als die Hälfte (52 %) hat ein Arbeitspensum von über 80 Prozent. Genauere und weitere Informationen zu soziodemographischen und beruflichen Merkmalen der Stichprobe finden sich in Tabelle 3.10.

### **Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten**

Insgesamt konnten 318 Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten befragt werden. Davon sind 22 Prozent Physiotherapeutin/Physiotherapeut HF BSc, 56 Prozent Physiotherapeutin/Physiotherapeut FH BSc und 22 Prozent Physiotherapeutin/Physiotherapeut FH MSc oder MAS. Die befragten Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten sind überwiegend weiblich (78 %). Im Mittel sind sie 42,0 Jahre alt (SD 12,7 Jahre). Über ein Fünftel (22 %) wurde in einem anderen Land als der Schweiz geboren, 9 Prozent haben eine Muttersprache angegeben, die keiner Schweizer Landessprache entspricht. 16 Prozent gaben «Deutsch» (in Abgrenzung zu «Schweizerdeutsch») als Muttersprache an (Mehrfachantworten möglich). 18 Prozent haben ihre Ausbildung im Ausland absolviert. Die befragten Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten sind im Durchschnitt bisher 17,3 Jahre (SD 12,2 Jahre) in ihrem Beruf tätig. Sehr viele der befragten Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten (86 %) haben in ihrem Berufsalltag «(fast) immer» Kontakt zu Patientinnen/Patienten. Ihre Patientinnen/Patienten sind hauptsächlich Menschen mit akuten Erkrankungen (79 %), chronischen Erkrankungen (79 %) somatischen Erkrankungen (56 %) und ältere Menschen (74 %). 65 Prozent der Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten sind angestellt und 40 Prozent selbstständig (5 % beides). 61 Prozent arbeiten in einer Physiotherapiepraxis, 44 Prozent (auch) in einem Spital oder einer Klinik und 9 Prozent bei der Spitex. Etwas weniger als die Hälfte (45 %) arbeitet in einem Pensum von über 80 Prozent. Genauere und weiterführende Informationen zu soziodemographischen und beruflichen Merkmalen der Stichprobe finden sich in Tabelle 3.10.

### **Apothekerinnen/Apotheker**

Insgesamt konnten 294 Apothekerinnen/Apotheker befragt werden. Davon sind gut die Hälfte (51 %) diplomierte Apothekerinnen/Apotheker, 41 Prozent haben einen Fachapothekertitel in Offizinpharmazie, 5 Prozent haben einen Dokortitel in Pharmazeutischen Wissenschaften und 2 Prozent einen Fachapothekertitel in Spitalpharmazie. Die befragten Apothekerinnen/Apotheker sind überwiegend weiblich (79 %). Im Mittel sind sie 46,8 Jahre alt (SD 12,0 Jahre). Über ein Fünftel (22 %) wurden in einem anderen Land als der Schweiz geboren, 5 Prozent haben eine Muttersprache angegeben, die keiner Schweizer Landessprache entspricht. 19 Prozent gaben «Deutsch» (in Abgrenzung zu «Schweizerdeutsch») als Muttersprache an. 16 Prozent haben ihre Ausbildung im Ausland absolviert. Die befragten Apothekerinnen/Apotheker sind im Durchschnitt 20,2 Jahre (SD 11,9 Jahre) in ihrem Beruf tätig. Die meisten der befragten Apothekerinnen/Apotheker (74 %) haben in ihrem Berufsalltag «(fast) immer» Kontakt zu Patientinnen/Patienten. Ihre Patientinnen/Patienten sind hauptsächlich ältere Menschen

(90 %), Menschen mit chronischen Erkrankungen (88 %), akuten Erkrankungen (80 %) und somatischen Erkrankungen (54 %). Die Mehrheit (89 %) der Apothekerinnen/Apotheker sind angestellt und 21 Prozent selbstständig (10 % beides). Die Hälfte (50 %) arbeitet in einem Pensum von über 80 Prozent. Genauere und weitere Informationen zu soziodemographischen und beruflichen Merkmalen der Stichprobe finden sich in Tabelle 3.10.

Tabelle 3.10: Berufsgruppen nach ausgewählten soziodemografischen und beruflichen Merkmalen (ungewichtet)

Variable	Ausprägung	Ärztinnen/Ärzte		Pflegekräfte		Physiotherapeutinnen/ Physiotherapeuten		Apothekerinnen/ Apotheker	
		Anzahl <sup>1</sup>	Anteil (%) / Wert	Anzahl <sup>1</sup>	Anteil (%) / Wert	Anzahl <sup>1</sup>	Anteil (%) / Wert	Anzahl <sup>1</sup>	Anteil (%) / Wert
Gesamt		309	100,0	692	100,0	318	100,0	294	100,0
Geschlecht <sup>2</sup>	<i>männlich</i>	136	44,0	69	10,0	68	21,4	60	20,4
	<i>weiblich</i>	164	53,1	613	88,6	249	78,3	233	79,3
Alter	<i>Mittelwert</i>		53,2		39,5		42,0		46,8
	<i>Standardabweichung</i>		12,3		12,9		12,7		12,0
	<i>Median</i>		55		39		42		42
Alter in Altersgruppen	<i>&lt;30 Jahre</i>	12	3,9	184	26,6	63	19,8	32	10,9
	<i>30-39 Jahre</i>	38	12,3	166	24,0	80	25,2	61	20,7
	<i>40-49 Jahre</i>	59	19,1	145	21,0	69	21,7	64	21,8
	<i>50-59 Jahre</i>	92	29,8	150	21,7	77	24,2	92	31,3
	<i>60+ Jahre</i>	106	34,3	37	5,3	25	7,9	43	14,6
Geburtsland	<i>Schweiz</i>	226	73,1	530	76,6	248	78,0	228	77,6
	<i>anderes</i>	81	26,2	156	22,5	70	22,0	66	22,4
Differenzierung Ärztinnen/Ärzte	<i>Allgemeinärztinnen/Allgemeinärzte</i>	87	28,2						
	<i>Fachärztinnen/Fachärzte<sup>3</sup></i>	169	54,7						
Differenzierung Pflegekräfte	<i>Fachfrauen/-männer Gesundheit EFZ</i>			98	14,2				
	<i>Diplomierte Pflegefachfrauen/-männer</i>			594	85,8				
Land der Berufsausbildung	<i>Schweiz</i>	262	84,8	581	84,0	259	81,4	245	83,3
	<i>anderes</i>	45	14,6	104	15,0	58	18,2	46	15,6
Jahre im Beruf	<i>Mittelwert</i>		24,8		20,2		17,4		17,3
	<i>Standardabweichung</i>		11,8		11,9		11,5		12,2
	<i>Median</i>		25		20		15		17
Jahre im Beruf gruppiert	<i>0-5 Jahre</i>	21	6,8	124	17,9	67	21,1	41	13,9
	<i>6-10 Jahre</i>	22	7,1	127	18,4	51	16,0	40	13,6
	<i>11-20 Jahre</i>	67	21,7	182	26,3	76	23,9	68	23,1
	<i>21-30 Jahre</i>	94	30,4	150	21,7	66	20,8	84	28,6
	<i>30+ Jahre</i>	103	33,3	102	14,7	57	17,9	60	20,4

Häufigkeit Patientinnen-/Patientenkontakt	<i>(fast) immer</i>	264	85,4	562	81,2	272	85,5	216	73,5
	<i>häufig / manchmal / selten</i>	43	13,9	130	18,8	45	14,2	78	26,5
Art der Patientinnen-/Patientengruppen (Mehrfachantworten möglich)	<i>Kinder und Jugendliche</i>	82	26,5	127	18,4	69	21,7	125	42,5
	<i>ältere Menschen</i>	164	53,1	397	57,4	234	73,6	264	89,8
	<i>Menschen mit Behinderungen</i>	60	19,4	136	19,7	109	34,3	81	27,6
	<i>Menschen mit psychischen Erkrankungen</i>	114	36,9	249	36,0	71	22,3	178	60,5
	<i>Menschen mit somatischen Erkrankungen</i>	226	73,1	361	52,2	179	56,3	160	54,4
	<i>Menschen mit chronischen Erkrankungen</i>	190	61,5	435	62,9	250	78,6	261	88,8
	<i>Menschen mit akuten Erkrankungen</i>	202	65,4	414	59,8	250	78,6	236	80,3
	<i>andere</i>	25	8,1	32	4,6	15	4,7	10	3,4
Setting der Tätigkeit (Mehrfachantworten möglich)	<i>Spital, Rehabilitationsklinik</i>	129	41,7	462	66,8	139	43,7	16	5,4
	<i>Arztpraxis</i>	211	68,3	8	1,2	10	3,1	2	0,7
	<i>Apotheke</i>	0	0	5	0,7	0	0	270	91,8
	<i>Physiotherapiepraxis</i>	1	0,3	1	0,1	193	60,7	2	0,7
	<i>Alters- und Pflegeheim</i>	16	5,2	92	13,3	30	9,4	4	1,4
	<i>Spitex</i>	3	1,0	107	15,5	17	5,3	5	1,7
	<i>Psychologische Praxis oder Ambulatorium</i>	7	2,3	3	0,4	1	0,3	1	0,3
	<i>Beratungsstelle</i>	5	1,6	21	3,0	3	0,9	2	0,7
	<i>anderes</i>	20	6,5	43	6,2	24	7,5	9	3,1
Arbeitsverhältnis	<i>angestellt</i>	162	52,4	674	97,4	207	65,1	262	89,1
	<i>selbstständig/freiberuflich</i>	172	55,7	29	4,2	127	39,9	61	20,7

<sup>1</sup>Die Anzahl der gültigen Fälle variiert abhängig von den Variablen.

<sup>2</sup>Die dritte Antwortkategorie („möchte mich keinem der beiden Geschlechter eindeutig zuordnen“, n=7) wird in den Analysen nicht berücksichtigt aufgrund der geringen Anzahl.

<sup>3</sup>Hier wurden lediglich befragte Ärztinnen/Ärzte berücksichtigt, die eindeutig einer der zwei Kategorien zugeordnet werden konnten.

Quelle: HLS-PROF-CH 2022, Berechnung: gfs.bern, Darstellung: ZGK

## Repräsentativität

Um die Repräsentativität der Stichprobe einschätzen zu können, wurden Vergleiche mit Referenzstatistiken durchgeführt. Wo belastbare Vergleichszahlen aus früheren Studien zur soziodemographischen und berufsbezogenen Verteilung und größere Unterschiede zu den Befragungsdaten existierten, wurde danach gewichtet. Nachstehend sind die Abweichungen sowie die durchgeführten Gewichtungen aufgelistet.

## Ärztinnen/Ärzte

Ärztinnen sind in der Stichprobe leicht unterrepräsentiert. Aus diesem Grund wurde das Geschlecht (nur Anteil weiblich vs. männlich) auf Basis der FMH-Ärztstatistik (FMH, 2021) gewichtet. Ebenfalls wurde in Bezug auf das Ausbildungsland (Anteil Schweiz vs. Rest) gewichtet, da Ärztinnen/Ärzte, die nicht in der Schweiz studiert haben, unterrepräsentiert waren.

Tabelle 3.11: Gewichtung Ärztinnen/Ärzte

		Stichprobe (ungewichtet)		FMH-Ärztstatistik 2021	
		n	%	%	
Geschlecht	weiblich	164	53,1	44,9	
	männlich	136	44,0	55,1	
	ich möchte mich keinem der beiden Geschlechter eindeutig zuordnen	3	1,0	—	
Ausbildungsland	Schweiz	262	84,8	61,6	
	Rest	45	14,6	38,4	

Quelle: HLS-PROF-CH 2022, Berechnung: gfs.bern, Darstellung: ZGK

## Pflegekräfte

Diplomierte Pflegekräfte sind in der Stichprobe stark überrepräsentiert, während Fachfrauen und Fachmänner Gesundheit stark unterrepräsentiert sind. Deshalb wurde bei den Pflegekräften die Ausbildung (Anteil Pflegepersonal auf mittlerer Stufe (FaGe) vs. diplomierte Pflegefachpersonen) auf Basis der Daten der Beschäftigten und Berufe im Gesundheitswesen des Bundesamts für Statistik (BFS, 2021) gewichtet.

Tabelle 3.12: Gewichtung Pflegekräfte

		Stichprobe (ungewichtet)		Beschäftigten und Berufe im Gesundheitswesen	
		n	%	VZÄ	%
Hauptfunktionsbezeichnung/ höchster Berufstitel Pflegekräfte	Fachfrau/Fachmann Gesundheit EFZ (FaGe)	98	14,2	39.991,0	35,6
	diplomierte Pflege (Bachelor, Master, FH, PhD, Nachdiplomstudium)	594	85,8	72.221,7	64,4

Quelle: HLS-PROF-CH 2022, Berechnung: gfs.bern, Darstellung: ZGK

## Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten

Bei den Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten wurden aufgrund mangelnder Basisdaten keine Gewichtungen vorgenommen.

## Apothekerinnen/Apotheker

Bei den Apothekerinnen/Apothekern wurde das Ausbildungsland (Anteil Schweiz vs. Rest) auf Basis der Daten aus dem Medizinalberuferegister des Bundesamts für Gesundheit (BAG, 2022) gewichtet.

Tabelle 3.13: Gewichtung Apothekerinnen/Apotheker

		Stichprobe (ungewichtet)		Medizinalberuferegister BAG 2021	
		n	%	N	%
Ausbildungsland	Schweiz	245	83,3	5.514	74,0
	Rest	46	15,6	1.937	26,0

Quelle: HLS-PROF-CH 2022, Berechnung: gfs.bern, Darstellung: ZGK

## 3.3.2 Deutschland

### Ärztinnen/Ärzte

Insgesamt enthält die deutsche Stichprobe für die Gruppe der Ärztinnen/Ärzte 297 abgeschlossene Fragebögen. Filterfragen zu Beginn der Befragung stellte sicher, dass es sich hierbei ausschließlich um Ärztinnen/Ärzte der Allgemeinmedizin sowie hausärztlich tätiger Internistinnen und Internisten handelte.

Von den Befragten, die ein eindeutiges Geschlecht angegeben haben, sind 73,1 % männlich, 26,9 % weiblich. Entgegen der beinahe ausgewogenen Verteilung in der Grundgesamtheit, weist die Verteilung in der Stichprobe somit eine Schiefelage auf.

Im Mittel sind die befragten Ärztinnen/Ärzte 54,2 Jahre alt, bei einer Standardabweichung (SD) von 10,2 Jahren. Die Befragten haben im Durchschnitt eine Berufserfahrung von 20,0 Jahren (SD 9,0 Jahre); der Median befindet sich ebenfalls bei 20,0 Jahren.

Mit 13,1 % gibt nur etwas mehr als jede zehnte Ärztin/jeder zehnte Arzt ein anderes Geburtsland als Deutschland an. 96,1 % der Befragten haben ihr Medizinstudium in Deutschland absolviert.

Die befragten Ärztinnen/Ärzte haben in ihrem Berufsalltag „(fast) immer“ oder „häufig“ Kontakt zu Patientinnen/Patienten. Mit 89,2 % ist die große Mehrheit der Befragten erwartungsgemäß hauptberuflich in einer niedergelassenen Praxis, einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) oder Primärversorgungszentrum (PVZ) tätig. Ein Zehntel ist in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationsklinik beschäftigt (10,4 %) und eine Person (0,3 %) in einer stationären Pflegeeinrichtung. Fast zwei Drittel von ihnen sind selbständig/freiberuflich (64,3 %), ein gutes Viertel (26,3 %) angestellt tätig, während fast jede/jeder Zehnte in Teilen sowohl selbständig als auch angestellt arbeitet (9,4 %).

Ausgehend von einer 40-Stunden-Woche geben 68,8 % an, einen vertraglichen Stellenumfang von 80 bis 100 % Vollzeit zu haben (32-40 Stunden pro Woche), 2,6 % arbeitet vertraglich mit mehr 105 % einer Vollzeitstelle (>42 Stunden pro Woche). Die tatsächlichen angegebenen Arbeitszeiten liegen dabei im Durchschnitt 10 % höher.

Eine detaillierte Darstellung der ungewichteten und gewichteten Stichprobe anhand der genannten und weiterführender, soziodemographischer und beruflicher Merkmale ist in Tabelle 3.14 ersichtlich.

## **Pflegefachpersonen**

Die deutsche Stichprobe umfasst 624 Pflegefachpersonen mit einer mindestens dreijährigen Berufsausbildung, einem pflegerischen dualen Studium oder einer als äquivalent anerkannten ausländischen Hochschulbildung. Aufgrund der Quotenstichprobe befinden sich 53,9 % weibliche Befragte im Datensatz. Das Durchschnittsalter beläuft sich bei ihnen auf 42,3 Jahre (SD 12,5 Jahre).

Knapp zehn Prozent der befragten Pflegekräfte sind im Ausland geboren (9,3 %); fast alle haben ihre Ausbildung in Deutschland absolviert (95,8 %). Die Pflegekräfte haben im Durchschnitt 17,8 Jahre (SD 12,0 Jahre) Erfahrung in ihrem Beruf, der Median liegt bei 16,0 Jahren.

Fast jede der befragte Pflegefachpersonen (99,0 %) hat „häufig“ oder „(fast) immer“ Kontakt zu Patientinnen/Patienten. Knapp die Hälfte arbeitet in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationsklinik (48,2 %), 22,9 % in einer stationären Pflegeeinrichtung, 14,6 % in einer niedergelassenen Praxis, einem MVZ oder PVZ. Darüber hinaus geben 10,9% an, in der ambulanten Pflege tätig zu sein. Trotz der angestrebten Fokussierung auf die ambulante Pflege konnten durch die Rekrutierung über das PAY-BACK-Panel damit verhältnismäßig wenig ambulant tätige Pflegefachpersonen erreicht werden. 3,4 % der Befragten geben an, in verschiedenen anderen Bereichen tätig zu sein.

Mit 96,0 % ist der größte Anteil der befragten Pflegefachpersonen hauptsächlich in einem Angestelltenverhältnis tätig, während mit 2,4 % nur relativ wenig Befragte selbständig tätig sind oder beiden Beschäftigungsformen nachgehen.

Unter der Annahme einer 40-Stunden-Woche arbeitet fast drei Viertel (73,2 %) der angestellten Pflegefachpersonen in einem vertraglichen Arbeitsumfang von 81 bis 100 Prozent (>32 bis 40 Stunden pro Woche), 1,5 % mit mehr als 105 % Vollzeitäquivalent (>42 Stunden pro Woche). Die tatsächlich geleistete Arbeitszeit wird im Durchschnitt mit 6 % mehr angegeben.

Genauere und weitere Informationen zu soziodemographischen und beruflichen Merkmalen der Stichprobe finden sich in Tabelle 3.14.

Tabelle 3.14: Berufsgruppen nach ausgewählten soziodemografischen und beruflichen Merkmalen (ungewichtet und gewichtet)

Variable	Ausprägung	Ärztinnen/Ärzte (ungewichtet)		Ärztinnen/Ärzte (gewichtet)		Pflegefachpersonen (ungewichtet)		Pflegefachpersonen (gewichtet)	
		Anzahl <sup>f</sup>	Anteil (%) / Wert	Anzahl <sup>f</sup>	Anteil (%) / Wert	Anzahl <sup>f</sup>	Anteil (%) / Wert	Anzahl <sup>f</sup>	Anteil (%) / Wert
Gesamt		297	100,0	304	100,0	624	100,0	626	100,0
Geschlecht <sup>2</sup>	<i>männlich</i>	212	73,1	152	51,2	286	46,1	99	15,9
	<i>weiblich</i>	78	26,9	145	48,8	335	53,9	525	84,1
Alter	<i>Mittelwert</i>	297	54,2	304	53,7	624	42,3	626	42,2
	<i>Standardabweichung</i>	297	10,2	304	10,1	624	12,5	626	12,6
	<i>Median</i>	297	57,0	304	56	624	42,0	626	41
Alter in Altersgruppen	<i>&lt;30 Jahre</i>	0	0	0	0	130	20,8	133	21,2
	<i>30-39 Jahre</i>	33	11,1	33	10,9	140	22,4	144	23,0
	<i>40-49 Jahre</i>	53	17,8	54	17,8	150	24,0	143	22,8
	<i>50-59 Jahre</i>	105	35,4	119	39,2	133	21,3	129	20,6
	<i>60+ Jahre</i>	106	35,7	98	32,1	71	11,4	78	12,4
Geburtsland	<i>Deutschland</i>	258	86,9	259	85,2	566	90,7	572	91,3
	<i>anderes</i>	39	13,1	45	14,8	58	9,3	54	8,7
Land der Berufsausbildung	<i>Deutschland</i>	285	96,9	291	96,3	589	95,8	590	95,8
	<i>anderes</i>	9	3,1	13	3,7	26	4,2	26	4,2
Jahre im Beruf	<i>Mittelwert</i>		20,0		19,6		17,8		18,2
	<i>Standardabweichung</i>		9,0		9,0		12,0		12,4
	<i>Median</i>		20,0		20,0		16,0		16,0
Jahre im Beruf gruppiert	<i>0-5 Jahre</i>	16	5,4	19	6,4	121	19,7	117	19,1
	<i>6-10 Jahre</i>	32	10,8	33	10,7	91	14,8	93	15,1
	<i>11-20 Jahre</i>	110	37,0	113	37,3	175	28,5	172	28,0
	<i>21-30 Jahre</i>	110	37,0	113	37,3	129	21,0	126	20,4
	<i>30+ Jahre</i>	29	9,8	25	8,3	99	16,1	107	17,4

Variable	Ausprägung	Ärztinnen/Ärzte (ungewichtet)		Ärztinnen/Ärzte (gewichtet)		Pflegefachpersonen (ungewichtet)		Pflegefachpersonen (gewichtet)	
		Anzahl <sup>1</sup>	Anteil (%) / Wert	Anzahl <sup>1</sup>	Anteil (%) / Wert	Anzahl <sup>1</sup>	Anteil (%) / Wert	Anzahl <sup>1</sup>	Anteil (%) / Wert
Häufigkeit Patientinnen-/ Patientenkontakt	<i>selten</i>					1	0,2	2	0,3
	<i>manchmal</i>					5	0,8	5	0,8
	<i>häufig</i>	4	1,3	4	1,3	53	8,5	48	7,7
	<i>(fast) immer</i>	293	98,7	300	98,7	565	90,5	572	91,3
Setting der Tätigkeit (Mehrfachantworten möglich)	<i>Niedergelassene Praxis, Medizinisches Versor- gungszentrum oder Pri- märversorgungszentrum</i>	265	89,2	271	89,4	91	14,6	109	17,4
	<i>Krankenhaus oder Reha- bilitationsklinik</i>	31	10,4	32	10,4	301	48,2	290	46,3
	<i>Stationäre Pflegeeinrich- tung (z.B. Altenwohn- oder Pflegeheim)</i>	1	0,3	1	0,2	143	22,9	143	22,8
	<i>Ambulante Pflege</i>					68	10,9	67	10,8
	<i>anderer Bereich</i>					21	3,4	17	2,7
Arbeitsverhältnis	<i>angestellt tätig</i>	78	26,3	88	28,8	599	96,0	608	97,1
	<i>selbstständig/freiberuflich tätig</i>	191	64,3	192	63,1	15	2,4	13	2,0
	<i>angestellt u. selbststän- dig/freiberuflich tätig</i>	28	9,4	25	8,1	10	1,6	6	0,9

<sup>1</sup>Die Anzahl der gültigen Fälle variiert abhängig von den Variablen.

<sup>2</sup>Die dritte Antwortkategorie (möchte mich keinem der beiden Geschlechter eindeutig zuordnen, n=2) wird aufgrund der geringen Anzahl in den Analysen nicht berücksichtigt.

Quelle: HLS-PROF-GER 2022

### Repräsentativität

Die Verteilung nach Alter und Geschlecht der Stichproben weicht in beiden Berufsgruppen von den Strukturzahlen des statistischen Bundesamtes für die Pflegekräfte (Statistisches Bundesamt, 2022; Stichtag 15.12.2019) sowie den Zahlen der kassenärztlichen Bundesvereinigung für die Ärztinnen/Ärzte (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2022; Stichtag 31.12.2021) ab:

- In der Gruppe der Ärztinnen/Ärzte haben mit einem Unterschied von rund 20 Prozentpunkten verhältnismäßig mehr Ärzte an der Befragung teilgenommen (73,1 % vs. 51,2 %). Ärztinnen sind dagegen in der ungewichteten Stichprobe unterrepräsentiert (26,9 vs. 48,8 %).
- Mit Blick auf das Alter der befragten Ärztinnen/Ärzten lassen sich in den oben genannten Alterskategorien jeweils Abweichungen zwischen Grundgesamtheit und Stichprobe zwischen 0,3 (35,9 vs. 35,7 %) und ca. 4,1 Prozentpunkten beobachten. Die größeren Abweichungen zeigen insbesondere eine leichte Überrepräsentation in der zweitjüngsten (30–39 Jahre; ~7,4 vs. 11,1 %) und eine ähnlich leichte Unterrepräsentation in der drittjüngsten Alterskategorie (40–49 Jahre; 21,9 vs. 17,8 %).
- In den ungewichteten Daten sind mit einem Anteil von 46,1 % überproportional viele *männliche* Pflegekräfte enthalten (53,9 % weibliche Pflegekräfte). In der Grundgesamtheit sind deutlich mehr weibliche (84,1 %) als männliche (15,8 %) Pflegefachkräfte tätig.
- In den oben genannten Alterskategorien weicht die realisierte Stichprobe für die Pflegefachpersonen jeweils zwischen 0,2 und 6,7 Prozentpunkten von der Grundgesamtheit ab. Die größte Überrepräsentation in der Stichprobe zeigt sich dabei in der jüngsten Alterskategorie (<30 Jahre; 20,6 vs. 17,5 %), die größte Unterrepräsentation findet sich in der zweitältesten (50–60 Jahre; 21,4 vs. 28,1 %).

Die deutliche Abweichung bei den Pflegefachkräften hinsichtlich des Geschlechts ist auf die quotierte Stichprobenziehung zurückzuführen, die als notwendig erachtet wurde, um belastbare Analysen auch für männliche Pflegekräfte zu ermöglichen.

Mit Blick auf die teils erheblichen Differenzen, wurde nach einer Möglichkeit gesucht, die Daten der Studie so zu gewichten, dass sie möglichst nah an zu erwartende Ergebnisse der Grundgesamtheit reichen (für eine methodische Übersicht zur Gewichtung s. Sand & Kunz, 2020). Gleichzeitig sollten dabei statistische Unsicherheiten weitestgehend vermieden werden. Diese Abwägung hat zu dem Entschluss geführt, einen Gewichtungsfaktor zu berechnen, der für beide Professionen/Berufe den überproportional hohen Anteil an männlichen Befragten ausgleicht. Die Bandbreite der Gewichtungsfaktoren liegt zwischen 0,34 (männliche Pflegekräfte) und 1,9 (weibliche Ärzte).

Die Wahl für eine Gewichtungsvariable, die ausschließlich auf Anteilsunterschiede der Geschlechter fokussiert, hatte dabei zwei Gründe: Zum einen ist die Datenlage objektiver Kriterien, die für bei Professionen/Berufe verfügbar sind, überschaubar und beschränkt sich mehr oder weniger auf die Merkmale Alter und Geschlecht. Mit einer Gewichtung nach Alter *und* Geschlecht ergibt sich für manche Kombinationen eine sehr kleine Fallzahl, mit der die Berechnung eines belastbaren Gewichtungsfaktors potenziell problematisch wird. Zudem zeigten Berechnungen, dass die Hinzunahme der Altersvariable nur noch relativ wenig dazu beiträgt, die Verteilung der Stichprobenmerkmale denen der Grundgesamtheit anzugleichen.

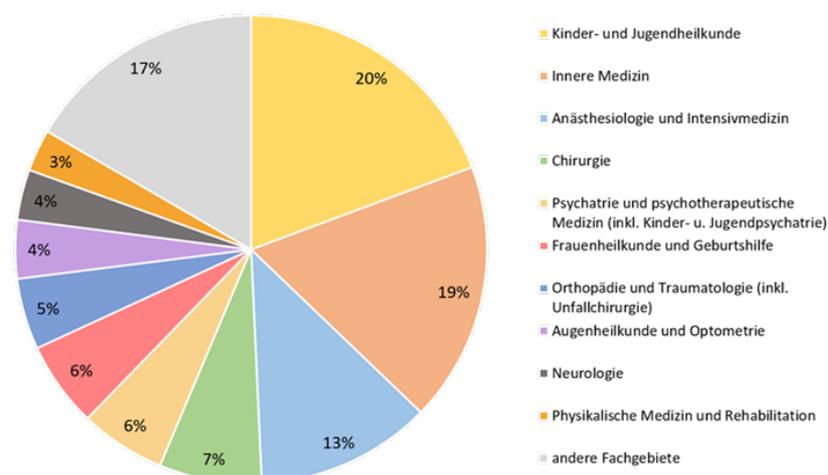
Der Gewichtungsfaktor wird i. d. R. für Analysen genutzt, die beide Geschlechter betreffen. Die Regressionsanalysen, die das Geschlecht als unabhängige Variable einbeziehen, beruhen auf den ungewichteten Daten.

### 3.3.3 Österreich

#### Ärztinnen/Ärzte

Insgesamt konnten 808 Ärztinnen/Ärzte in die österreichische Stichprobe inkludiert werden. Die Gruppe der Ärztinnen/Ärzte ist mit 20 Prozent Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner (n=159), 61 Prozent Fachärztinnen/Fachärzte (n=495) und 14 Prozent Turnus- bzw. Assistenzärztinnen/-ärzte (n=112) repräsentiert. Darüber hinaus sind noch rund fünf Prozent Zahnärztinnen/Zahnärzte in der Stichprobe, die auf Grund ihrer geringen Anzahl (n=42) bei den Analysen unter der Gruppe der Ärztinnen/Ärzte subsumiert werden. Zu den drei häufigsten Facharzttrichtungen zählen die Kinder- und Jugendheilkunde (20 %), die innere Medizin (19 %) sowie die Anästhesiologie und Intensivmedizin (13 %; siehe Abbildung 3.2). Mehr als die Hälfte der befragten Ärzteschaft (56 %) ist weiblich. Im Mittel sind die befragten Ärztinnen/Ärzte 49,4 Jahre alt, mit einer Standardabweichung (SD) von 11,9 Jahren. Jede fünfte Ärztin/jeder fünfte Arzt ist in einem anderen Land geboren und fünf Prozent haben eine andere Muttersprache als Deutsch. 91 Prozent der befragten Ärztinnen/Ärzte haben ihre Berufsausbildung in Österreich absolviert. Die befragten Ärztinnen/Ärzte sind im Durchschnitt 16,2 Jahre (SD 11,2 Jahre) in ihrem Beruf tätig, der Median, d.h. jener Wert, der genau in der Mitte einer Stichprobe liegt und diese in zwei gleich große Hälften teilt, befindet sich bei 15 Jahren. Fast alle befragten Ärztinnen/Ärzte (95 %) haben in ihrem Berufsalltag „häufig“ oder „(fast) immer“ Kontakt zu Patientinnen/Patienten. In punkto Arbeitssetting (hier waren Mehrfachantworten möglich) sind 61 Prozent der befragten Ärztinnen/Ärzte in einer Akutkrankenanstalt tätig, 40 Prozent in einer niedergelassenen Einzelpraxis/Ordination, Gruppenpraxis oder Primärversorgungseinheit. Mehr als die Hälfte (52 %) arbeiten ausschließlich in einem Angestelltenverhältnis, mehr als ein Viertel (28 %) ist ausschließlich freiberuflich oder selbstständig tätig. Ausgehend von einer 40-Stunden-Woche geben die meisten angestellten Ärztinnen/Ärzte (60 %) ein vertragliches Arbeitsausmaß von 81 bis 100 Prozent (>32 bis 40 Stunden pro Woche) an. Eine detaillierte Darstellung der Stichprobe anhand der genannten, und weiterführender, soziodemographischer und beruflicher Merkmale ist in Tabelle 3.15 ersichtlich.

Abbildung 3.2: Facharzttrichtungen der befragten Ärztinnen und Ärzte, n=495 (Mehrfachantworten möglich)



Quelle: HLS-PROF-AT 2022; Berechnung und Darstellung: GÖG

#### Pflegekräfte

Die Pflege setzt sich in der österreichischen Stichprobe (n=2.723) zu 89 Prozent aus diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pflegern (n=2.410) und zu elf Prozent aus Pflege- und

Pflegefachassistentinnen/ -assistenten (n=313) zusammen. Der Großteil der befragten Pflegekräfte (83 %) sind Frauen. Das Durchschnittsalter beläuft sich auf 43,0 Jahre (SD 10,9 Jahre). Zehn Prozent der befragten Pflegekräfte sind im Ausland geboren und sechs Prozent sprechen eine andere Muttersprache als Deutsch. Fast alle befragten Pflegekräfte (95 %) haben ihre Ausbildung in Österreich absolviert. Die Pflegekräfte sind im Durchschnitt 18,8 Jahre (SD 11,8 Jahre) in ihrem Beruf tätig, der Median liegt bei 18 Jahren. Fast jede befragte Pflegekraft (96 %) hat „häufig“ oder „(fast) immer“ Kontakt zu Patientinnen/Patienten bzw. Klientinnen/Klienten. Was den Arbeitsplatz anbelangt (Mehrfachantworten möglich) arbeiten die meisten (79 %) in einer Akutkrankenanstalt, weitere 12 Prozent in einer (teil-)stationären Pflegeeinrichtung. Nur ein Prozent der befragten Pflegekräfte ist ausschließlich selbstständig tätig, 92 % üben ihren Beruf ausschließlich in einem Anstellungsverhältnis aus. Unter der Annahme einer 40-Stunden-Woche arbeitet die große Mehrheit (66 %) der angestellten Pflegekräfte in einem vertraglichen Arbeitsumfang von 81 bis 100 Prozent (>32 bis 40 Stunden pro Woche). Genauere und weitere Informationen zu soziodemographischen und beruflichen Merkmalen der Stichprobe finden sich in Tabelle 3.15.

### **Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten**

Von den befragten Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten (gesamt n=345) ist der Großteil der befragten (81 %) weiblich. Im Durchschnitt sind die Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten 43,2 Jahre alt (SD 11,0 Jahre). Acht Prozent sind nicht in Österreich geboren und drei Prozent haben eine andere Muttersprache als Deutsch. 92 Prozent haben ihre Ausbildung in Österreich absolviert. Die Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten sind im Durchschnitt 19,0 Jahre (SD 11,5 Jahre) in ihrem Beruf tätig, der Median liegt bei 19 Jahren. Nahezu jede Physiotherapeutin/jeder Physiotherapeut (99 %) hat im Arbeitsalltag „häufig“ oder „(fast) immer“ Kontakt zu Patientinnen/Patienten. In punkto Arbeitssetting (Mehrfachantworten möglich) ist die Hälfte aller befragten Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten (48 %) in einer Akutkrankenanstalt tätig, 39 Prozent arbeiten in einer niedergelassenen Einzelpraxis/Ordination, Gruppenpraxis oder einer Primärversorgungseinheit. 45 Prozent der Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten befinden sich ausschließlich in einem Angestelltenverhältnis, 28 Prozent sind nur freiberuflich oder selbstständig tätig und 27 Prozent arbeiten sowohl angestellt als auch freiberuflich oder selbstständig. Die meisten der angestellten Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten (61 %) haben – gerechnet auf eine 40-Stunden-Woche – ein vertragliches Stundenausmaß von 81 bis 100 Prozent (>32 bis 40 Stunden pro Woche). Genauere und weiterführende Informationen zu soziodemographischen und beruflichen Merkmalen der Stichprobe finden sich in Tabelle 3.15.

Tabelle 3.15: Berufsgruppen nach ausgewählten soziodemografischen und beruflichen Merkmalen

Variable	Ausprägung	Ärztinnen/Ärzte <sup>1</sup>		Pflegerkräfte		Physiotherapeu- tinnen/Physiothe- rapeuten	
		Anzahl <sup>2</sup>	Anteil (%) / Wert	An- zahl <sup>2</sup>	Anteil (%) / Wert	Anzahl <sup>2</sup>	Anteil (%) / Wert
Gesamt		808	100,0	2.723	100,0	345	100,0
Geschlecht <sup>3</sup>	<i>männlich</i>	343	43,6	459	17,4	64	18,9
	<i>weiblich</i>	444	56,4	2.176	82,6	274	81,1
Alter	<i>Mittelwert</i>	800	49,4	2.689	43,0	339	43,2
	<i>Standardabweichung</i>	800	11,9	2.689	10,9	339	11,0
	<i>Median</i>	800	50,0	2.689	44,0	339	11,0
Alter in Alters- gruppen	<i>&lt;30 Jahre</i>	43	5,3	412	15,3	54	15,9
	<i>30-39 Jahre</i>	148	18,3	601	22,4	75	22,1
	<i>40-49 Jahre</i>	199	24,6	747	27,8	86	25,4
	<i>50-59 Jahre</i>	229	28,3	860	32,0	109	32,2
	<i>60+ Jahre</i>	181	22,4	69	2,6	15	4,4
Geburtsland	<i>Österreich</i>	648	81,2	2.430	90,1	315	92,4
	<i>anderes</i>	150	18,8	266	9,9	26	7,6
Differenzierung Ärztin- nen/Ärzte	<i>Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin</i>	159	19,7				
	<i>Fachärztin/-arzt</i>	495	61,3				
	<i>Assistenzärztin/-arzt, Turnusärztin/-arzt</i>	112	13,9				
	<i>Zahnärztin/-arzt</i>	42	5,2				
Differenzierung Pflegerkräfte	<i>Diplomierte/r Gesundheits- u. Krankenpflegerin/-pfleger</i>			2.410	88,5		
	<i>Pflegeassistent/-in, Pflegefachassistent/-in</i>			313	11,5		
Land der Berufs- ausbildung	<i>Österreich</i>	733	91,1	2.561	94,6	316	92,4
	<i>anderes</i>	72	8,9	147	5,4	26	7,6
Jahre im Beruf	<i>Mittelwert</i>		16,2		18,8		19,0
	<i>Standardabweichung</i>		11,1		11,8		11,5
	<i>Median</i>		15,0		18,0		19,0
Jahre im Beruf gruppiert	<i>0-5 Jahre</i>	191	23,9	471	17,4	63	18,5
	<i>6-10 Jahre</i>	116	14,5	377	14,0	43	12,6
	<i>11-20 Jahre</i>	201	25,2	646	23,9	77	22,6
	<i>21-30 Jahre</i>	206	25,8	656	24,3	89	26,2
	<i>30+ Jahre</i>	84	10,5	550	20,4	68	20,0
Häufigkeit Patientinnen- /Patienten- kontakt	<i>selten</i>	10	1,2	17	0,6	0	0,0
	<i>manchmal</i>	28	3,5	101	3,7	4	1,2
	<i>häufig</i>	64	7,9	251	9,2	12	3,5
	<i>(fast) immer</i>	706	87,4	2.354	86,4	329	95,4

Art der Patientinnen-/Patientengruppen (Mehrfachantworten möglich)	<i>Kinder und Jugendliche</i>	349	43,5	543	20,1	52	15,2
	<i>ältere Menschen</i>	545	67,9	1.746	64,7	272	79,5
	<i>Menschen mit Behinderungen</i>	227	28,3	587	21,7	115	33,6
	<i>Menschen mit psychischen Erkrankungen</i>	247	30,8	1.019	37,8	77	22,5
	<i>Menschen mit chronischen Erkrankungen</i>	541	67,4	1.624	60,2	274	80,1
	<i>Menschen mit akuten Erkrankungen</i>	564	70,2	1.694	62,8	270	78,9
	<i>andere</i>	58	7,2	163	6,0	17	5,0
Setting der Tätigkeit (Mehrfachantworten möglich)	<i>niedergelassene Einzelpraxis/Ordination, Gruppenpraxis, Primärversorgungseinheit</i>	318	39,6	41	1,5	135	39,4
	<i>mobile Dienste</i>	15	1,9	80	3,0	56	16,3
	<i>Akutkrankenanstalt</i>	487	60,6	2.128	78,9	165	48,1
	<i>Kuranstalt, Rehabilitationseinrichtung</i>	30	3,7	123	4,6	47	13,7
	<i>selbstständiges Ambulatorium</i>	25	3,1	11	0,4	9	2,6
	<i>(teil-)stationäre Pflegeeinrichtung (z.B. Altenheim/Pflegeheim, Tageszentrum)</i>	26	3,2	326	12,1	34	9,9
	<i>Behindertenbetreuungseinrichtung</i>	9	1,1	13	0,5	6	1,7
	<i>anderer Bereich</i>	45	5,6	110	4,1	13	3,8
Arbeitsverhältnis	<i>angestellt tätig</i>	414	51,5	2.502	92,3	153	44,6
	<i>selbstständig/freiberuflich tätig</i>	226	28,1	36	1,3	97	28,3
	<i>angestellt u. selbstständig/freiberuflich tätig</i>	164	20,4	172	6,3	93	27,1
Kassen-/Wahlärztin/-arzt	<i>Kassenärztin/-arzt</i>	147	41,2				
	<i>Wahlärztin /-arzt</i>	182	51,0				
	<i>Kassen- u. Wahlärztin /-arzt</i>	28	7,8				
Kassenvertrag	<i>Ja</i>					12	6,3
	<i>nein</i>					177	93,7

<sup>1</sup> inklusive 42 Zahnärztinnen und -ärzte und 112 Turnusärztinnen und -ärzte

<sup>2</sup> Die Anzahl der gültigen Fälle variiert abhängig von den Variablen.

<sup>3</sup> Die dritte Antwortkategorie (möchte mich keinem der beiden Geschlechter eindeutig zuordnen, n=34) wird in den Analysen aufgrund der geringen Anzahl nicht berücksichtigt.

Quellen: HLS-PROF-AT 2022, Holzweber et al. 2022, Link 2023; Berechnung und Darstellung: GÖG

### Repräsentativität

Um die Repräsentativität der Stichprobe einschätzen zu können, wurden Vergleiche mit Referenzstatistiken aus dem Gesundheitsberuferegister (Stand 2021) (Holzweber et al. 2022) und zur Ärztestatistik (Stand 31.12.2021) (Link 2023) durchgeführt. Nachstehend werden die wesentlichsten Abweichungen aufgezählt.

### Ärztinnen und Ärzte:

- In der Gruppe der Ärztinnen/Ärzte haben mit einem Unterschied von rund 7 Prozentpunkten verhältnismäßig mehr Frauen an der Befragung teilgenommen.

- Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner sind mit einem Unterschied von rund 8 Prozent in der Ärztestichprobe unterrepräsentiert, Fachärztinnen/ Fachärzte mit einem Unterschied von rund 7 Prozent hingegen überrepräsentiert.
- In der Stichprobe finden sich um rund 6 Prozent zu wenige Ärztinnen/Ärzte, die sowohl angestellt als auch selbstständig oder freiberuflich tätig sind.

#### **Pflegekräfte:**

- Diplomierte Pflegekräfte sind in der Stichprobe stark überrepräsentiert, während Pflege(fach)assistentinnen/-assistenten stark unterrepräsentiert sind (Unterschied von je 24 %).
- Im Verhältnis sind zu wenige Pflegekräfte, die sowohl angestellt als auch selbstständig bzw. freiberuflich tätig sind, in der Stichprobe enthalten. Hier gibt es einen Unterschied von rund 5 Prozent.
- Bei den Pflegekräften wurden überproportional Beschäftigte in Akutkrankenanstalt (79 vs. 51 %) und dafür zu wenige in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen (12 vs. 29 %) und bei mobilen Diensten (3 vs. 8 %) erreicht.

#### **Physiotherapeutinnen und -therapeuten:**

- Mit einem Unterschied von 7 Prozent wurden im Verhältnis mehr Physiotherapeutinnen befragt.
- Angestellt tätige Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten sind mit einem Unterschied von rund 17 Prozent stark überrepräsentiert, während selbstständig oder freiberuflich tätige Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten stark unterrepräsentiert sind (mit rund 18 % Unterschied).
- Bei den Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten wurden überproportional Personen in niedergelassenen Praxen (39 vs. 7 %), bei mobilen Diensten (16 vs. 3 %) und in (teil-) stationären Pflegeeinrichtungen (10 vs. 5 %) erreicht. Umgekehrt sind Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten, die in Kuranstalten/Rehaeinrichtungen (14 vs. 21 %) und in selbständigen Ambulatorien (3 vs. 14 %) beschäftigt sind, unterrepräsentiert.

#### **Literaturverzeichnis**

Bundesamt für Gesundheit (2022). *Apothekerinnen und Apotheker 2021*. Verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-berufe-im-gesundheitswesen/statistiken-medizinalberufe1/statistiken-apothekerinnen-apotheker.html>

Bundesamt für Statistik (2021). *Pflegepersonal im Gesundheitswesen nach Ausbildungsniveau gemäss Konzepten und Definitionen von Eurostat, OECD und WHO*. Verfügbar unter: <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/19884454>

Destatis – Statistisches Bundesamt. (2022). *Gesundheitspersonal: Deutschland, Jahre, Einrichtungen, Geschlecht. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt*. Verfügbar unter: <https://www-genesis.destatis.de/genesis//online?operation=table&code=23621-0001&bypass=true&levelindex=0&levelid=1669633186154>.

FMH (2021). *Ärztestatistik: Vergleichszahlen 2014-2021*. Verfügbar unter: <https://www.fmh.ch/files/pdf29/10.-vergleichszahlen-2014--2021.pdf>

Holzweber, L., Pilwarsch, J., Zach, M., Gruböck, A., Mathis-Edenhofer, S., Wallner, A. (2022): *Jahresbericht Gesundheitsberuferegister 2021*. Gesundheit Österreich, Wien

- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2022). *Bundesarztregister zum 31.12.2021*. An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Hausärzte und Hausärztinnen nach Altersgruppen und Geschlecht, Zählung nach Personen. Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung.
- Link, T. (2023): Ärzte-Monitoring. Datenbasis 2021. Gesundheit Österreich, Wien (unveröffentlicht);
- ÖAK (2021): Ärztestatistik für Österreich zum 31.12.2021
- Sand, M. & Kunz, T. (2020). *Gewichtung in der Praxis*. Mannheim: GESIS. doi:10.15465/gesis-sg\_030.

### 3.4 Datenauswertung

*Robert Griebler, Denise Schütze, Lennert Griese, Alexander Haarmann, Jonas Ph. Kocher und Thomas Link*

#### **Faktorielle Validität und interne Konsistenz der verwendeten Scores zur professionellen Gesundheitskompetenz**

Mithilfe explorativer (EFA) und konfirmatorischer (CFA) Faktorenanalysen wurde überprüft, ob sich die neu entwickelten Item-Sets zu den vier Aufgabenbereiche der professionelle GK und zu den organisationalen Rahmenbedingungen zur Förderung der GK von Patientinnen/Patienten empirisch voneinander abgrenzen lassen und ob die Items einer Fragebatterie – wie theoretisch angenommen – auf einem gemeinsamen Faktor oder mehreren zusammenhängenden Faktoren laden. Damit wurde die Dimensionalität (faktorielle Validität) des Instruments zur Messung der professionellen GK (PROF-HL-Q) getestet. Genutzt wurde hierfür R (R Core Team, 2022) mit den Paketen Lavaan (Roussel, 2012), Psych (Revelle, 2022) und semTools (Jorgensen et al., 2022). Die Analysen wurden pro Berufsgruppe und Land durchgeführt sowie länderübergreifend für einzelne GP/GK. Der Model-Fit, d. h. die jeweilige Passung von Modell und Daten, wurde anhand gängiger Kennwerte bestimmt (Kline, 2011; Reinecke, 2014). Um robuste Schätzergebnisse zu erhalten, wurde – unter Berücksichtigung des ordinalen Datenniveaus der Items – das DWLS-Schätzverfahren (diagonally weighted least squares) verwendet (Kline, 2011). Die interne Konsistenz der Scores (Punktwerte) zur professionellen GK (PROF-HL-Scores) wurde anhand nachstehender Maße überprüft: Cronbachs Alpha (Nunnally & Bernstein, 1994), „ordinal Alpha“ (Chalmers, 2018; Zumbo et al., 2007; Zumbo & Kroc, 2019), Omega (McDonald, 1999; Green & Yang, 2009) und Average Variance Extracted (AVE) (Fornell & Larcker, 1981).

#### **Berechnung der Scores/Punktwerte**

Die PROF-HL-Scores (Punktwerte) basieren auf den Angaben der Befragten zu den einzelnen Aufgaben, die den jeweiligen Aufgabenbereichen und Teilbereichen (bei der Informations- und Wissensvermittlung) zugeordnet sind (Tabelle 3.16). Für die Berechnung der Scores/Punktwerte werden den Antworten der Befragten numerische Werte zugeordnet („sehr schwierig“ = 1, „eher schwierig“ = 2, „weder einfach noch schwierig“ = 3, „eher einfach“ = 4, „sehr einfach“ = 5), die dann pro Aufgabenbereich und Teilbereich aufsummiert werden. Für eine bessere Vergleichbarkeit werden alle Scores/Punktwerte auf 0 bis 100 skaliert, wobei „0“ für den schlechtestmöglichen Wert (alle Aufgaben wurden als „sehr schwierig“ eingestuft) und „100“ für den bestmöglichen Wert (alle Aufgaben werden als „sehr einfach“ bewertet) steht. Ein höherer Score drückt damit weniger Schwierigkeiten bei den abgefragten Aufgabenbereichen und Teilbereichen aus.

Der Score (Punktwert) zu den organisationalen Rahmenbedingungen zur Förderung der GK von Patientinnen/Patienten wurde analog berechnet. Er basiert auf den Variablen R1 bis R3 und R5.

Tabelle 3.16: Übersicht zu den berechneten PROF-HL-Scores

Score	Variablen	Anzahl Items	Wertebereich Rohscore	Wertebereich standardisierter Summenscore
<b>professionelles Informations- und Wissensmanagement</b>	<i>PHL1–7</i>	7	7–35	0–100
<b>Informations- und Wissensvermittlung</b>	<i>PHL8–24</i>	17	17–85	0–100
Informations- und Kommunikationsvoraussetzung ermitteln und einschätzen	<i>PHL8–11</i>	4	4–20	0–100
Vorwissen, Informationsbedarf und -bedürfnisse ermitteln und berücksichtigen	<i>PHL12–14</i>	3	3–15	0–100
Informationen vermitteln und erklären	<i>PHL15–17</i>	3	3–15	0–100
mit Herausforderungen bei der Informationsvermittlung umgehen	<i>PHL18–21</i>	4	4–20	0–100
Überprüfen, ob Informations- und Kommunikationsinhalte verstanden wurden	<i>PHL22–24</i>	3	3–15	0–100
<b>patientenzentrierte Kommunikation</b>	<i>PHL25–30</i>	6	6–30	0–100
<b>professionelle digitale Gesundheitskompetenz</b>	<i>PHL31–34</i>	4	4–20	0–100

Quelle: HLS-PROF 2022

### Zusammenhangsanalysen

Unterschiede in den PROF-HL-Scores (Punktwerten) nach berufsbezogenen Merkmalen und Geschlecht wurden mittels einfaktorieller ANOVA oder mithilfe von t-Tests (Einstichproben-t-Test bzw. Zweistichproben-t-Test) geprüft. Bei Verletzung der Varianzhomogenität zwischen den Vergleichsgruppen (geprüft mit dem Levene-Test) wurden die Welch-ANOVA und der Brown-Forsythe-Test verwendet. Paarweise Gruppenvergleiche (Post-hoc-Tests) wurden bei Varianzhomogenität und ungleicher Gruppengröße mit dem Tukey-HSD und dem GT2-Test nach Hochberg und bei ungleichen Varianzen und ungleichen Gruppengrößen mit dem Games-Howell-Test durchgeführt. Ergänzend wurden auch nicht-parametrische Testverfahren angewendet (der Mann-Whitney-U-Test bei 2 Vergleichsgruppen und der Kruskal-Wallis-Test bei >2 Vergleichsgruppen sowie der Bonferroni-Dunn-Test für paarweise Vergleiche). Analog wurde auch beim Score zu den organisationalen Rahmenbedingungen zur Förderung der GK von Patientinnen/Patienten verfahren.

Um einschätzen zu können, welchen Effekt berufsbezogene Merkmale und das Geschlecht unabhängig voneinander, d. h. bei gegenseitiger statistischer Kontrolle, auf die professionelle GK haben, wurde ein lineares multivariates Regressionsmodell verwendet. Aufgrund der großen Übereinstimmung, die zwischen den bivariaten und multivariaten Analyseergebnissen bestehen, wurde im Bericht auf eine ausführliche Darstellung der multivariaten Ergebnisse verzichtet.

Zusammenhänge zwischen Scores wurden mittels Korrelationsanalyse (nach Pearson) bzw. mit einem linearen multivariaten Regressionsmodell untersucht.

Verteilungsunterschiede auf Ebene der Einzelitems (z. B. einzelne Items zur professionellen GK nach ausgewählten berufsbezogenen Aspekten) wurden mithilfe des Chi<sup>2</sup>-Tests geprüft. Ferner wurden für manche Zusammenhänge Korrelationskoeffizienten nach Spearman berechnet.

Für sämtliche Analysen wurde ein Signifikanzniveau mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit (p-Wert) von mindestens < 0,05 angenommen. Alle Analysen wurden mithilfe des Softwarepakets SPSS durchgeführt.

## Literaturverzeichnis

- Chalmers, R.P. (2018): On Misconceptions and the Limited Usefulness of Ordinal Alpha. *Educational and Psychological Measurement*, 78, 1056-1071. doi.org/10.1177/0013164417727036
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981): Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement errors. *Journal of Marketing Research*, 18(1), 39–50. doi: 10.2307/3151312
- Green, S. B., & Yang, Y. (2009): Reliability of summed item scores using structural equation modeling: An alternative to coefficient alpha. *Psychometrika*, 74(1), 155–167. doi: 10.1007/s11336-008-9099-3
- Jorgensen, T.D., Pornprasertmanit, S., Schoemann, A.M., & Rosseel, Y. (2022). semTools: Useful tools for structural equation modeling. R package version 0.5-6. Retrieved from <https://CRAN.R-project.org/package=semTools>
- Kline, Rex B (2011): Principles and practice of structural equation modeling (3. Baskı). Guilford, New York
- Nunnally, J; Bernstein, I (1994): *Psychometric Theory 3rd edition*. MacGraw-Hill, New York
- McDonald, R. P. (1999). *Test theory: A unified treatment*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- R Core Team (2022): *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>.
- Revelle, W. (2022): *psych: Procedures for Personality and Psychological Research*, Northwestern University, Evanston, Illinois, USA, <https://CRAN.R-project.org/package=psych> Version = 2.2.9.
- Reinecke, Jost (2014): *Strukturgleichungsmodelle in den Sozialwissenschaften*. Walter de Gruyter GmbH & Co KG, Bielefeld
- Rosseel, Yves (2012): lavaan: An R Package for Structural Equation Modeling. *Journal of Statistical Software*, 48(2), 1-36. <https://doi.org/10.18637/jss.v048.i02>
- Zumbo, B.D., Gadermann, A.M. and Zeisser, C. (2007): Ordinal Versions of Coefficients Alpha and Theta for Likert Rating Scales. *Journal of Modern Applied Statistical Methods*, 6, 21-29.
- Zumbo, B.D., & Kroc, E. (2019): A Measurement Is a Choice and Stevens' Scales of Measurement Do Not Help Make It: A Response to Chalmers. *Educational and Psychological Measurement*, 79, 1184-1179. doi.org/10.1177/001316441984430

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2.1: Vier Aufgabenbereiche professioneller Gesundheitskompetenz	18
Abbildung 3.1: Schritte der Entwicklung des Erhebungsinstruments zur Messung professioneller Gesundheitskompetenz (PROF-HL-Q) bei ausgewählten Gesundheitsprofessionen/-berufen	24
Abbildung 3.2: Facharztrichtungen der befragten Ärztinnen und Ärzte, n=495 (Mehrfachantworten möglich)	50

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 3.1: Übersicht Expertinnen-/Expertenfeedback in den DACH-Ländern	27
Tabelle 3.2: Übersicht Pretests in den DACH-Ländern	29
Tabelle 3.3: Erhebungsinstrument zur Messung professioneller GK von Gesundheitsprofessionen/-berufen: Inhaltliche Bereiche und Anzahl der Items	30
Tabelle 3.4: Items, die nicht in den Scores zur professionellen GK berücksichtigt wurden	31
Tabelle 3.5: Eckpunkte der Schweizer Datenerhebung	34
Tabelle 3.6: Eckpunkte der deutschen Datenerhebung für Ärztinnen und Ärzte (Sermo-Panel)	36
Tabelle 3.7: Eckpunkte der deutschen Datenerhebung für Pflegefachpersonen (PAYBACK-Panel)	36
Tabelle 3.8: Eckpunkte der österreichischen Datenerhebung	38
Tabelle 3.9: Am häufigsten genannten Facharztrichtungen der befragten Ärztinnen/Ärzte (Mehrfachantworten möglich)	39
Tabelle 3.10: Berufsgruppen nach ausgewählten soziodemografischen und beruflichen Merkmalen (ungewichtet)	42
Tabelle 3.11: Gewichtung Ärztinnen/Ärzte	44
Tabelle 3.12: Gewichtung Pflegekräfte	44
Tabelle 3.13: Gewichtung Apothekerinnen/Apotheker	45
Tabelle 3.14: Berufsgruppen nach ausgewählten soziodemografischen und beruflichen Merkmalen (ungewichtet und gewichtet)	47
Tabelle 3.15: Berufsgruppen nach ausgewählten soziodemografischen und beruflichen Merkmalen	52
Tabelle 3.16: Übersicht zu den berechneten PROF-HL-Scores	57