



Professionelle Gesundheitskompetenz ausgewählter Gesundheitsprofessionen in Deutschland

Ergebnisse des HLS-PROF-GER

Herausgeber

Stiftung Gesundheitswissen
Friedrichstraße 134 · 10117 Berlin
info@stiftung-gesundheitswissen.de
www.stiftung-gesundheitswissen.de

Projektdurchführung

Das Projekt HLS-PROF-GER wurde an der Hertie School und Universität Bielefeld unter der Leitung von Prof. Dr. Mujaheed Shaikh und Prof. Dr. Doris Schaeffer durchgeführt und von Dr. Alexander Haarmann und Dr. Lennert Griese bearbeitet. Die Durchführung – speziell die Datenerhebung und -auswertung – erfolgte in Kooperation mit der Stiftung Gesundheitswissen. Die Fragebogenentwicklung wurde von der Robert Bosch Stiftung unterstützt.

Zitationsvorgaben

Schaeffer, D., Haarmann, A., Griese, L. (2023): Professionelle Gesundheitskompetenz ausgewählter Gesundheitsprofessionen in Deutschland. Ergebnisse des HLS-PROF-GER. Berlin/Bielefeld: Hertie School, Universität Bielefeld, Stiftung Gesundheitswissen

Stand: Juni 2023

Verfügbar unter www.stiftung-gesundheitswissen.de/projekte/professionelle-gesundheitskompetenz-von-ausgewaehlten-gesundheitsberufen-eine-pilotstudie



Stiftung Gesundheitswissen



Hertie School



Universität Bielefeld



Robert Bosch Stiftung

Vorwort



Das Thema Gesundheitskompetenz ist in den letzten Jahren verstärkt in den Fokus gerückt. Dass auf diesem Feld in Deutschland Handlungsbedarf besteht, haben mehrere Studien in den letzten Jahren bestätigt. Wie gut es dem Einzelnen gelingt, Informationen zum Thema Gesundheit zu finden, diese zu verstehen, einzuordnen – und schlussendlich auch für die eigene Entscheidungsfindung einzusetzen, hängt aber nicht nur von den individuellen Voraussetzungen und erworbenen Fähigkeiten ab. Die Debatte über Gesundheitskompetenz betrifft nicht nur die persönlichen Fähigkeiten von Patienten und Patientinnen auf der einen Seite – sondern auch die Kompetenz der Menschen und Organisationen, die als „Informationsabsender“ auf der anderen Seite stehen.

Hierbei haben gerade die Gesundheitsprofessionen eine besonders wichtige Rolle. Unsere eigenen Untersuchungen zeigen beispielsweise, dass die Ärztin oder der Arzt nach wie vor die wichtigsten Ansprechpartner in Fragen der Gesundheit für Patientinnen und Patienten sind. Sie können deshalb entscheidend dazu beitragen, deren Gesundheitskompetenz zu stärken – vorausgesetzt allerdings, sie verfügen ihrerseits über die dazu nötige Kompetenz.

Aus diesem Grund freut es mich besonders, dass mit dem in diesem Bericht vorgestellten Ergebnissen einer Pilotstudie zur „professionellen Gesundheitskompetenz“ erstmals auch die Gesundheitskompetenz ausgewählter Gesundheitsprofessionen in Deutschland betrachtet wird. Wenngleich die befragten Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegefachpersonen ihre eigene Gesundheitskompetenz insgesamt als eher gut einschätzen, gibt es Bereiche, die als schwieriger eingeschätzt werden.

Die umfassenden Ergebnisse der vorliegenden Studie bieten eine Vielzahl von interessanten Anknüpfungspunkten zur weiteren Stärkung der Gesundheitskompetenz. Auch für die Arbeit der Stiftung Gesundheitswissen, werden konkrete Impulse gegeben, die wir gern aufgreifen. Denn bei der Vermittlung von Gesundheitskompetenz möchten wir die Menschen in ihrem Alltag erreichen. Das heißt auch Wissen in die Lebenswelten zu tragen und die Informationsvermittlung in diesen Bereichen zu verbessern – nur so können alle Menschen von Wissen rund um gesundheitliche Themen profitieren.

Deshalb haben wir bereits frühzeitig begonnen in verschiedenen Settings, unter anderem gemeinsam mit Ärztinnen und Ärzten in der Arztpraxis, die Gesundheitskompetenz mit verschiedenen Ansätzen zu stärken. In Zukunft können wir Letzteres mit Hilfe der Studienergebnisse noch gezielter verfolgen und weiterentwickeln.

An dieser Stelle sei mir neben dem Dank an die mitwirkenden Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler dieser gemeinsamen Kooperation der Hertie School, der Universität Bielefeld und der Stiftung Gesundheitswissen auch noch einmal ein besonderes Dankeschön an Frau Prof. Schaeffer erlaubt: für den Impuls, das Aufsetzen der Pilotstudie und deren wissenschaftliche Begleitung und Durchführung. Wir freuen uns, diese wichtigen Erkenntnisse mit ihr und ihrem Team gemeinsam möglich gemacht zu haben.

PD Dr. Ralf Suhr
Vorstandsvorsitzender der Stiftung Gesundheitswissen

Danksagung

Unser Dank gilt all denjenigen, die an der Erhebung teilgenommen haben, ebenso den Expertinnen und Experten, die den Prozess der Fragebogenentwicklung und der Auswertung begleitet haben. Wir danken auch Julia Klinger für ihre Unterstützung bei der Auswertung der Daten und der Berichterstellung. Unser besonderer Dank gilt Prof. Dr. Jürgen Pelikan (†) für die lange Zeit gemeinsamer Kooperation und Diskussion.

Inhalt

| | |
|---|-----------|
| Zusammenfassung | 4 |
| 1 Relevanz professioneller Gesundheitskompetenz | 7 |
| 2 Professionelle Gesundheitskompetenz – konzeptioneller Rahmen | 9 |
| 3 Methodisches Vorgehen | 16 |
| 3.1 Fragebogenentwicklung | 16 |
| 3.2 Das Erhebungsinstrument PROF-HL-Q | 17 |
| 3.3 Datenerhebung | 18 |
| 3.4 Stichprobencharakteristika und Repräsentativität | 20 |
| 3.5 Datenauswertung | 23 |
| 3.6 Methodische Reflexion | 24 |
| 4 Ergebnisse für Deutschland | 26 |
| 4.1 Informations- und Wissensmanagement | 26 |
| 4.1.1 Ärztinnen/Ärzte | 27 |
| 4.1.2 Pflegefachpersonen | 31 |
| 4.1.3 Vergleichende Betrachtung | 34 |
| 4.2 Informations- und Wissensvermittlung | 36 |
| 4.2.1 Ärztinnen/Ärzte | 37 |
| 4.2.2 Pflegefachpersonen | 43 |
| 4.2.3 Vergleichende Betrachtung | 47 |
| 4.3 Exkurs – Vertrautheit mit dem Konzept und ausgewählten Methoden zur Förderung der Gesundheitskompetenz | 50 |
| 4.4 Patientenzentrierte Kommunikation | 52 |
| 4.4.1 Ärztinnen/Ärzte | 53 |
| 4.4.2 Pflegefachpersonen | 55 |
| 4.4.3 Vergleichende Betrachtung | 58 |
| 4.5 Professionelle digitale Gesundheitskompetenz | 59 |
| 4.5.1 Ärztinnen/Ärzte | 60 |
| 4.5.2 Pflegefachpersonen | 63 |
| 4.5.3 Vergleichende Betrachtung | 66 |
| 4.6 Organisatorische Rahmenbedingungen | 67 |
| 4.6.1 Ärztinnen/Ärzte | 68 |
| 4.6.2 Pflegefachpersonen | 70 |
| 4.6.3 Vergleichende Betrachtung | 72 |
| 5 Diskussion der Ergebnisse | 74 |
| 6 Fazit | 85 |
| Literaturverzeichnis | 87 |
| Abbildungsverzeichnis | 97 |
| Tabellenverzeichnis | 100 |

Zusammenfassung

Mit der vorliegenden Studie werden erstmals Daten zur professionellen Gesundheitskompetenz der Gesundheitsprofessionen/-berufe in Deutschland vorgestellt. Im Unterschied zu bisherigen Studien hebt sie nicht auf die persönliche Gesundheitskompetenz von Gesundheitsprofessionen/-berufen ab. Im Mittelpunkt stehen vielmehr die Fähigkeiten, die sie in der Rolle als „Health Professional“ bei der Förderung der Gesundheitskompetenz ihrer Patientinnen/Patienten benötigen. Dazu wurden ein neues Konzept und eine neue Definition sowie ein darauf basierendes Erhebungsinstrument zur professionellen Gesundheitskompetenz erarbeitet (HLS-PROF Konsortium, 2023). Es wurde erstmals in dieser Studie im Rahmen einer Online-Befragung eingesetzt, an der in Deutschland rund 300 Allgemeinärztinnen/-ärzte und hausärztlich tätige Internistinnen/Internisten sowie über 600 Pflegefachpersonen teilgenommen haben. Parallel wurde die Erhebung auch in Österreich und der Schweiz durchgeführt; dort wurden weitere Berufsgruppen einbezogen. Schwerpunkt der Befragung bildete die Einschätzung der Gesundheitsprofessionen/-berufe, wie einfach bzw. schwierig ihnen der Umgang mit den Herausforderungen professioneller Gesundheitskompetenz in den folgenden vier Aufgabenbereichen fällt:

- Informations- und Wissensmanagement
- Informations- und Wissensvermittlung (mit fünf Teilbereichen)
- Patientenzentrierte Kommunikation
- Professionelle digitale Gesundheitskompetenz

Ergänzt wurde der Fragebogen durch Fragen zum Konzept und zu Methoden zur Förderung der Gesundheitskompetenz sowie zu sozio-demografischen Merkmalen und ausgewählten Rahmenbedingungen, die zur Aufgabenrealisierung nötig sind. Für einen einfacheren Überblick wurde für jeden Aufgabenbereich professioneller Gesundheitskompetenz ein Punktwert berechnet. Dazu wurden den Antwortkategorien („sehr einfach“, „eher einfach“, „weder einfach noch schwierig“, „eher schwierig“, „sehr schwierig“) numerische Werte (1–5) zugeordnet und daraus Summenwerte berechnet, die auf 0 bis 100 skaliert wurden. Der Punktwert stellt den Durchschnitt dieser Summenwerte für alle Befragten dar. Ein höherer Wert drückt subjektiv weniger Schwierigkeiten bei den gestellten Aufgaben aus.

Die wichtigsten Ergebnisse der Studie für Deutschland

Insgesamt schätzen die befragten Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen *ihre Fähigkeiten recht positiv* ein. Von den 0 bis 100 möglichen Punkten liegt der Punktwert in keinem der Aufgabenbereiche professioneller Gesundheitskompetenz unter 50; je nach Aufgabenbereich variieren die Werte zwischen 53 und 74 Punkten. Gleichwohl sollte nicht unbeachtet bleiben, dass damit zwischen ca. einem Viertel und der Hälfte der möglichen Punktzahl nicht erreicht wird.

Informations- und Wissensmanagement

Im Aufgabenbereich „Informations- und Wissensmanagement“ erlangen Ärztinnen/Ärzte 65,8 von 100 möglichen Punkten. Pflegefachpersonen erreichen mit 64,7 Punkten einen ähnlichen Wert. Als am schwierigsten schätzen beide Gruppen ein, „statistische Ergebnisse korrekt einzuordnen“: 23,9 % der Ärztinnen/Ärzte betrachten dies als eher/sehr schwierig. Bei den Pflegefachpersonen sind es mit 17,2 % weniger. Die „wissenschaftliche Evidenz zu beurteilen“, fällt 15,8 % bzw. 14,5 % eher/sehr schwer. Ähnlich ist es bei der Einschätzung der „Vertrauenswürdigkeit von Fachinformationen“: Sie fällt 18,3 % bzw. 14,4 % eher/sehr schwer.

Informations- und Wissensvermittlung

Der Aufgabenbereich „Informations- und Wissensvermittlung“ ist mit 17 Items sehr umfangreich und wurde deshalb in fünf Teilbereiche unterteilt, für die jeweils eigene Punktwerte berechnet wurden. Der Punktwert für den gesamten Aufgabenbereich beträgt bei den Ärztinnen/Ärzten 60,6 Punkte, bei den Pflegefachpersonen 62,5 Punkte. Er ist damit der zweitschwierigste Aufgabenbereich. Am schwierigsten unter den fünf Teilbereichen ist für beide Gesundheitsprofessionen/-berufe „Mit Herausforderungen bei der Informationsvermittlung umgehen“: Ärztinnen/Ärzte erreichen hier nur 55 und Pflegefachpersonen 57,7 Punkte. Am leichtesten fällt beiden Gesundheitsprofessionen/-berufen „Informationen vermitteln und erklären“ (Ärztinnen/Ärzte: 69; Pflegefachpersonen: 70,3). Die drei Teilbereiche „Überprüfen, ob Informationen inhaltlich verstanden wurden“, „Informationsvoraussetzungen ermitteln“ und „Vorwissen, Informationsbedarf/-bedürfnisse ermitteln und berücksichtigen“ liegen auf einem ähnlichen Niveau (Ärztinnen/Ärzte: 59–60,5, Pflegenden: 61–62,8 Punkte) wie der Gesamtpunktwert.

Besonders „mit fehl- oder falschinformierten Patientinnen/Patienten zurechtzukommen“, wird von beiden Gesundheitsprofessionen/-berufen als schwierig beurteilt. 44,5 % der Ärztinnen/Ärzte und 37 % der Pflegefachpersonen schätzen dies als eher/sehr schwierig ein. Wenngleich etwas leichter, passt auch der „Umgang mit überdurchschnittlich gut informierten Patienten“ in das Bild (18,7 bzw. 17,1 % eher/sehr schwierig). Auch „einzuschätzen, inwieweit „kulturelle Unterschiede das Verständnis erschweren“ fällt 39,7 % der Ärztinnen/Ärzte und 30,8 % der Pflegefachpersonen eher/sehr schwer. Schwierigkeiten bereitet auch, das „Vorwissen von Patientinnen/Patienten einzuschätzen“ oder „zu überprüfen, ob Patientinnen/Patienten, vermittelte Informationen verstanden haben“ (19,9–27,5 % eher/sehr schwierig). Aufgaben, bei denen es um die Fähigkeit der Gesundheitsprofessionen/-berufe geht, Informationen zu erklären (Items PHL15-PHL17) werden dagegen als leicht eingeschätzt (2,9–8,9 % eher/sehr schwierig).

Eine Möglichkeit die Informationsvermittlung und auch die Kommunikation zu erleichtern, stellen *Methoden zur Förderung der Gesundheitskompetenz* dar, wie sie in vorliegenden Tool-Kits und Material- und Methodensammlungen zusammengefasst sind. Die einzelnen Methoden sind bislang nicht besonders gut bekannt: Bei den Ärztinnen/Ärzten geben über 57 % an, die Methode „Ask me 3“ wenig oder nicht zu kennen – eine leicht zu nutzende, seit Jahren existierenden Methode, Patientinnen/Patienten die Verständigung mit den Gesundheitsprofessionen/-berufen zu erleichtern. Bei den Pflegefachpersonen kennt die Methode knapp die Hälfte. Andere erfragte Methoden zur Förderung der Gesundheitskompetenz („Teach back“, „Chunk and Check“) sind bei den Gesundheitsprofessionen/-berufen bekannter, wenngleich auch hier ein Großteil beider Gruppen wenig oder nicht vertraut mit ihnen ist (Teach back: Ärztinnen/Ärzte: 39,3 % bzw. Pflegefachpersonen: 40,3 % nicht/wenig vertraut; Chunk and Check: Ärztinnen/Ärzte: 37,3 % bzw. Pflegefachpersonen: 44,5 % nicht/wenig vertraut). Damit in Übereinstimmung steht, dass den Gesundheitsprofessionen/-berufen auch das *Gesundheitskompetenzkonzept* in Deutschland wenig vertraut ist: Über 65 % der befragten Ärztinnen/Ärzte sowie 62 % der Pflegefachpersonen ist es bislang nicht oder wenig bekannt.

Patientenzentrierte Kommunikation

In diesem Aufgabenbereich erlangen Ärztinnen/Ärzte 72,7 und Pflegefachpersonen 74,3 Punkte. Damit ist dies der für beide Gesundheitsprofessionen/-berufe einfachste Bereich. Beiden Berufsgruppen fällt es in diesem Aufgabenbereich am schwersten, „gemeinsam mit Patientinnen/Patienten Ziele festzulegen und das weitere Vorgehen zu entscheiden“: 11,3 % der Ärztinnen/Ärzte und 12,5 % der Pflegefachpersonen halten dies für eher/sehr schwierig. Auch „Patientinnen/Patienten Raum zu geben, um Fragen zu stellen“ finden 9,7 % der Ärztinnen/Ärzte und 14,3 % der Pflegefachpersonen eher/sehr schwierig. Exemplarisch deutet dies an, dass die Veränderung herkömmlicher Kommunikations- und Interaktionsmuster nach wie vor Schwierigkeiten bereitet.

Professionelle digitale Gesundheitskompetenz

Im Aufgabenbereich „Professionelle digitale Gesundheitskompetenz“ wurde gefragt, wie weit die Gesundheitsprofessionen/-berufe sich in der Lage sehen, Patientinnen/Patienten im Umgang mit digitalen Informationen und Informationsmedien zu unterstützen. Dieser Aufgabenbereich wird als am schwierigsten eingeschätzt. Ärztinnen/Ärzte erreichen hier 53,1 und Pflegefachpersonen 54,5 Punkte. Damit in Einklang steht, dass sich hier einige der am schwierigsten bewerteten Items des gesamten Fragebogens befinden. Dazu gehört für beide Gruppen, „Patientinnen/Patienten dabei zu unterstützen, die Vertrauenswürdigkeit gefundener digitaler Gesundheitsinformationen zu beurteilen“ (38,6 % Ärztinnen/Ärzte, 33,3 % Pflegefachpersonen eher/sehr schwierig), gefolgt davon, sie zu „unterstützen, die für sie relevanten digitalen Gesundheitsinformationen zu finden“ (31,7 % Ärztinnen/Ärzte, 32,3 % Pflegefachpersonen eher/sehr schwierig).

Sowohl für Ärztinnen/Ärzte als auch für Pflegefachpersonen zeigt sich ein Zusammenhang zwischen der *Berufsdauer* und der professionellen digitalen Gesundheitskompetenz: Befragte mit einer langen Berufsdauer von über 20 Jahren haben signifikant größere Schwierigkeiten, Patientinnen/Patienten im Umgang mit digitaler Information zu unterstützen.

Ausbildungs- und Rahmenbedingungen

Die Vorbereitung durch die Ausbildung auf die zur professionellen Gesundheitskompetenz gehörenden Aufgaben wird von beiden Gesundheitsprofessionen/-berufen unterschiedlich beurteilt: Am schlechtesten fällt die Beurteilung für den Aufgabenbereich Kommunikation aus, für den 37,3 % der Ärztinnen/Ärzte angeben, dass die eigene Ausbildung sie eher/sehr schlecht auf die Kommunikation mit Patientinnen/Patienten vorbereitet hat. Pflegefachpersonen bewerten die Vorbereitung auf Kommunikation mit 13,8 % (eher/sehr schlecht) signifikant besser. Ähnlich unterschiedlich fällt die Einschätzung für den Aufgabenbereich Informations- und Wissensvermittlung aus (Ärztinnen/Ärzte: 33,9 %; Pflegefachpersonen: 16,1 % eher/sehr schlecht). Insgesamt bewerten Ärztinnen und Ärzte die Vorbereitung durch ihre Ausbildung schlechter als die Pflegefachpersonen. Die Ergebnisse sind deshalb beachtenswert, weil die durchgeführten Analysen zeigen, dass eine eher/sehr gute Vorbereitung durch die Ausbildung in der Regel mit einer leichteren Aufgabenrealisierung einhergeht.

Bei der Einschätzung der Rahmenbedingungen zeigen sich ebenfalls deutliche Unterschiede zwischen beiden Berufsgruppen, aber genau umgekehrt: Ärztinnen/Ärzte erreichen hier 76,2 Punkte. Das Ergebnis für Pflegefachpersonen liegt mit 52,9 Punkten deutlich darunter. Sehr viel seltener geben sie an, über die Möglichkeit zu verfügen, „ungestört Gespräche führen“ zu können (Ärztinnen/Ärzte: 8,1 %; Pflegefachpersonen: 37,2 % selten/nie). Auch über „ausreichend Zeit“ (34,1 % selten/nie) und „Räumlichkeiten für Patientengespräche“ (34,4 % selten/nie) zu verfügen, ist für sie seltener gegeben als für Ärztinnen/Ärzte (10,9 % bzw. 4,3 % selten/nie). Für Pflegefachpersonen stellen sich die Rahmenbedingungen also deutlich schlechter dar. Für beide Gesundheitsprofessionen/-berufe zeigt die Zusammenhanganalyse aber, dass gute Rahmenbedingungen positive Effekte haben, denn die Aufgabenrealisierung wird umso einfacher eingeschätzt, je besser die Rahmenbedingungen sind.

Als **Fazit** ist festzuhalten, dass die in Deutschland befragten Gesundheitsprofessionen/-berufe ihre Fähigkeiten zur Förderung von Gesundheitskompetenz recht optimistisch einschätzen. Die Ergebnisse geben zugleich Einblick in dennoch bestehende Schwierigkeiten und verdeutlichen damit, dass es wichtig ist, auch die professionelle Gesundheitskompetenz zu stärken. Sie liefern zudem zahlreiche Hinweise dafür, wo dabei anzusetzen ist. Es bleibt zu hoffen, dass diese auf positive Resonanz stoßen, denn gesundheitskompetente Professionen mit gut ausgeprägter professioneller Gesundheitskompetenz sind eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass auch die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung nachhaltig verbessert werden kann.

1 Relevanz professioneller Gesundheitskompetenz

Ein souveräner Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen ist heutzutage unverzichtbar – egal, ob es sich dabei um Fragen gesunder Lebensweise, der Gesundheitserhaltung, der Prävention, der Bewältigung und des Selbstmanagements von Krankheit oder Pflegebedürftigkeit handelt oder generell um Gesundheitsprobleme. Ein solcher Umgang mit Gesundheitsinformationen setzt Gesundheitskompetenz voraus. Gemeint ist damit die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen suchen und finden, sie verstehen, beurteilen und für die eigene Gesundheit nutzen zu können (Sørensen et al., 2012).

Diese Fähigkeit ist in den letzten Jahren immer wichtiger geworden, denn moderne Gesellschaften sind längst Wissens- und Informationsgesellschaften, in denen jede/r Einzelne täglich vor der Aufgabe steht, Informationen zu filtern, die richtige Information zu finden, deren Relevanz und Vertrauenswürdigkeit einzuschätzen und für Entscheidungen über das eigene Gesundheitsverhalten oder generell bei Gesundheitsfragen zu nutzen. Diese Herausforderung stellt sich in allen Lebensbereichen und besonders dringlich in Krisenzeiten, wie nicht zuletzt die Corona-Pandemie deutlich gemacht hat.

Wissenschaftliche Studien zeigen jedoch, dass die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung nicht gut ausgeprägt ist. Fast 60 % der über 18-Jährigen in Deutschland weisen eine geringe Gesundheitskompetenz auf und sehen sich vor große Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen gestellt (Schaeffer et al., 2021a). Geringe Gesundheitskompetenz ist jedoch folgenreich. Sie ist mit ungesundem Verhalten, einem verminderten Selbstmanagement, etwa bei chronischer Krankheit, einer höheren Anzahl an Fehltagen, einer extensiven Inanspruchnahme des Gesundheitssystems und höheren Gesundheitsausgaben verbunden (ebd.; Eichler et al., 2009; Geboers et al., 2016; Heijmans et al., 2015; HLS₁₉ Consortium, 2021; Rasu et al., 2015; WHO, 2013).

Die Förderung der Gesundheitskompetenz ist daher wichtiger denn je. Eine bedeutende Aufgabe fällt dabei den Gesundheitsprofessionen und -berufen zu, die regelmäßig Kontakt mit Patientinnen/Patienten haben. Sie sind eine wichtige Anlaufstelle bei Gesundheits- und Krankheitsfragen – trotz und auch wegen der zunehmenden Menge an einfach verfügbaren digitalen Informationen im Internet.

Bislang war die *professionelle* Gesundheitskompetenz noch nicht Gegenstand von Studien. Wenn die Gesundheitskompetenz der Gesundheitsprofessionen/-berufe untersucht wurde, stand in der Regel die *persönliche* Gesundheitskompetenz – oft von Auszubildenden und Studierenden – im Mittelpunkt oder es wurden nur Teilaspekte analysiert (ex. Lubasch et al., 2021; Kaper et al., 2018; Zhang et al., 2016; Janson & Rathmann, 2023). Eine Studie, die sich *der professionellen* Gesundheitskompetenz, also den zur Förderung der Gesundheitskompetenz von Patientinnen und Patienten erforderlichen Fähigkeiten, widmet und dabei auch die Gesundheitsprofessionen/-berufe in den Blick nimmt, die ihre Tätigkeit schon längere Zeit ausüben, fehlt bislang.

Dies erfolgt erstmals mit der vorliegenden Untersuchung. In ihr wurde im Rahmen eines Konsortiums von drei deutschsprachigen Ländern (Deutschland, Österreich und Schweiz), ein neues Konzept professioneller Gesundheitskompetenz erarbeitet und ein darauf basierender Fragebogen entwickelt, der beansprucht, für alle Gesundheitsprofessionen/-berufe relevant und länderübergreifend einsetzbar zu sein (HLS-PROF Konsortium, 2023). Im Rahmen einer Pioniererhebung wurde er im Sommer 2022 eingesetzt und einer psychometrischen Validierung unterzogen.

Die mit ihm für Deutschland erhobenen Daten werden in diesem Bericht vorgestellt. Im Mittelpunkt stehen dabei Allgemeinärztinnen/Allgemeinärzte und hausärztlich tätige Internistinnen/Internisten sowie Pflegefachpersonen mit einer Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege. Ihnen kommt durch die voranschreitende Ambulantisierung hohe Bedeutung für die Versorgung und auch die Förderung von Gesundheitskompetenz zu (Baumeister et al., 2021; Ewers et al., 2017; Messer & Murau, 2023; Schaeffer & Vogt, 2020). Für (Haus-)Ärztinnen und Ärzte gilt dies, weil sie bis heute die wichtigste Informationsquelle bei der Suche nach Gesundheitsinformationen darstellen (dicht gefolgt vom Internet, Hurrelmann et al., 2020), für Pflegefachpersonen, weil sie als niedrigschwellige Unterstützungsinstanz gelten und als sehr alltagsnah eingeschätzt werden, besonders, wenn sie ambulant tätig und dann direkt in den Lebensalltag von Patientinnen/Patienten eingebunden sind (Schaeffer & Müller-Mundt, 2012). Zudem spielen beide Gesundheitsprofessionen/-berufe eine wichtige Rolle in den seit langem vorgebrachten Konzepten zur Ermöglichung gesundheitskompetenter Organisationen (Brach, 2014; Messer & Murau, 2022; Pelikan et al., 2023), deren Umsetzung auch in den deutschsprachigen Ländern für wünschenswert erachtet wird (Ernstmann et al., 2020; Schaefer et al., 2019).

Ziel der Studie ist es, der Frage nachzugehen, wie sich die professionelle Gesundheitskompetenz beider Gesundheitsprofessionen/-berufe in Deutschland darstellt und wie beide die Bewältigung der mit der Förderung der Gesundheitskompetenz verbundenen professionellen Aufgaben einschätzen. Beleuchtet werden soll auch, wie sie die Qualifikationsvoraussetzungen und die dazu nötigen Rahmenbedingungen beurteilen und wo Herausforderungen bestehen.

Zunächst wird das Konzept professioneller Gesundheitskompetenz erläutert. Es folgt eine kurze Beschreibung des methodischen Vorgehens. Danach werden die Untersuchungsergebnisse ausführlich dargestellt. Anschließend werden die zentralen Erkenntnisse eingeordnet und diskutiert, wobei auch Schlussfolgerungen für die Praxis, Ausbildung und künftige Forschung abgeleitet und erörtert werden.

2 Professionelle Gesundheitskompetenz – konzeptioneller Rahmen

Wachsende Bedeutung professioneller Gesundheitskompetenz¹

Empirische Studien zeigen, dass die Gesundheitskompetenz 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 Gesundheitskompetenz 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 Gesundheitskompetenz 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 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 et al., 2017). Sie könnten deshalb entscheidend dazu beitragen, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu stärken – vorausgesetzt, sie verfügen ihrerseits über die dazu nötige professionelle Gesundheitskompetenz.²

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.

Globaler Wissenszuwachs als Herausforderung für Gesundheitsprofessionen/-berufe

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 Gesundheitsprofessionen/-berufe 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

¹ Das Konzeptkapitel ist ebenso wie das Ergebniskapitel Teil des internationalen Ergebnisberichts (HLS-PROF Konsortium, 2023) (HLS-PROF Konsortium, 2023).

² Von professioneller Gesundheitskompetenz wird deshalb gesprochen, weil die Gesundheitsprofessionen/-berufe hier nicht als Privatperson bzw. Bürgerinnen/Bürger, sondern in ihrer Rolle als professionelle Expertinnen/Experten bzw. Professionsangehörige angesprochen sind.

wiederum wächst die Menge an verfügbaren Informationen rapide, veralten Informationen aber 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 Gesundheitsprofessionen/-berufe 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* Gesundheitsprofessionen/-berufe, 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, 2006a). 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 Gesundheitsprofessionen/-berufen genutzt werden können. Denn insbesondere bei den heute dominanten chronischen Krankheiten mit ihren langen, oft komplexen und wechselhaften Krankheitsverläufen sind meist mehrere Gesundheitsprofessionen/-berufe an der Behandlung und Versorgung einer Patientin/eines Patienten beteiligt. Um koordiniert handeln zu können, müssen sie auf der im Kern 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).

Umgang mit Fehl- und Falschinformationen in der Patienteninteraktion

Ebenso müssen die Gesundheitsprofessionen/-berufe 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 Gesundheitsprofessionen/-berufe 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

Beurteilungsprobleme³ und sind eher verwirrt als aufgeklärt. Vielfach tragen sie diese Irritationen auch an die Gesundheitsprofessionen/-berufe 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 Gesundheitsprofessionen/-berufe 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 Gesundheitsprofessionen/-berufe 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 Gesundheitsprofessionen/-berufe, 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 Gesundheitsprofessionen/-berufe 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 Gesundheitskompetenz zeigen (ex. HLS₁₉ Consortium, 2021; De Gani et al., 2021; Griebler et al., 2021; Schaeffer et al., 2021a; Hurrelmann et al., 2020).

Auch das wirkt auf die Gesundheitsprofessionen/-berufe zurück: Sie sind verstärkt als Kompetenzförderinnen/Kompetenzförderer, Unterstützerinnen/Unterstützer, Beraterinnen/Berater und als Facilitator⁴ 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 Gesundheitsprofessionen/-berufe (besonders der Ärztinnen/Ärzte) in Übereinstimmung bringen. Sie sind außerdem nicht kompatibel mit ihrem Qualifikations- und Kompetenzprofil. Daher sind diese Aufgaben nicht durch systematischen

3 Vor allem die Beurteilung und Einschätzung von Information wirft – wie Studien belegen – subjektiv große Schwierigkeiten auf (HLS₁₉ Consortium, 2021; Schaeffer et al., 2021a; Schaeffer et al., 2021b).

4 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.

Qualifikationserwerb und professionelle Standards gesichert, sondern müssen weitgehend auf der Basis naturwüchsiger Kompetenz und Erfahrungsakkumulation wahrgenommen werden.

Unterstützungsbedarf bei digitalen Informations- und Kommunikationsmöglichkeiten

Hinzu kommt, dass die Gesundheitsprofessionen/-berufe in den deutschsprachigen Ländern oft nicht ausreichend versiert im Umgang mit digitalen Informations- und Kommunikationsmöglichkeiten sind. Dies ist insbesondere für 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). Da ein großer Teil an Gesundheitsinformationen heute digital verfügbar ist, wirkt sich dies ebenfalls auf die beschriebenen Herausforderungen und die Möglichkeiten zur Stärkung der Gesundheitskompetenz 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 Gesundheitsprofessionen/-berufe 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 Gesundheitskompetenz der Bevölkerung ist, sich auch mit der *professionellen Gesundheitskompetenz* der Gesundheitsprofessionen/-berufe⁵ 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 *Gesundheitskompetenz* von Gesundheitsprofessionen/-berufen gesprochen wird, ist *nicht die persönliche*, sondern die *professionelle Gesundheitskompetenz* 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.

⁵ 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 Lebensinkommen dient.

Professionelle Gesundheitskompetenz 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 Gesundheitskompetenz*. Sie basiert auf ausreichender „Scientific Literacy“ (OECD, 2018, S. 73; Gigerenzer & Muir Gray, 2013; Ploomipuu et al., 2019) und erfordert zudem ausgeprägte edukative⁶ 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 Gesundheitskompetenz von Patientinnen/Patienten beitragen zu können. Wie zuvor betont wurde, ist diese Fähigkeit für die Gesundheitsprofessionen/-berufe angesichts des raschen Wissenszuwachses 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 Gesundheitskompetenz 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 Gesundheitsprofessionen/-berufen 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 et al., 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, 2015a; Schwartzberg et al., 2007)⁷, b) Kompetenz zum *Erkennen von und Umgang mit geringer Gesundheitskompetenz* (ex. Ellender 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 Gesundheitskompetenz (Health Literacy Skills) (ex. Byrne et al., 2021; Karuranga et al., 2017; Nesari et al., 2019).⁸

Obschon sich dies langsam zu verändern scheint, wird traditionell – speziell in der US-amerikanischen Diskussion über die Gesundheitskompetenz von Gesundheitsprofessionen/-berufen – meist lediglich die Ebene funktionaler Gesundheitskompetenz, also literaler Fähigkeiten und die Förderung von Gesundheitskompetenz durch Verbesserung der Verständlichkeit von (mündlicher) Kommunikation thematisiert. Die Erweiterungen des Verständnisses von Gesundheitskompetenz über die funktionale literale Ebene hinaus um Public Health-Gesichtspunkte von einem krankheits- bzw. compliance- und defizitzentrierten hin zu einem gesundheits- und ressourcenorientierten

6 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.

7 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), erfährt noch zu wenig Beachtung.

8 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.

Verständnis von Gesundheitskompetenz, das nicht allein auf das Individuum, sondern auch auf die Bevölkerungs- und die System- und Akteursebene zielt und andere Dimensionen 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 wichtiger werden. Ähnlich ist es mit der wachsenden gesellschaftlichen Bedeutung *kritischer* Gesundheitskompetenz, die etwa von Nutbeam und Abel besonders betont wird (Abel & Benkert, 2022; Nutbeam, 2000; Sharples et al., 2017).

Auch dass bei der Förderung der Gesundheitskompetenz 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 Gesundheitskompetenz der Bevölkerung widmen (HLS₁₉ Consortium, 2021; Levin-Zamir & Bertschi, 2018; Schaeffer et al., 2021c; Wang & Luan, 2022), die Gesundheitsprofessionen/-berufe sind dabei jedoch nicht im Blick. Insgesamt sind über die Förderung der (digitalen) Gesundheitskompetenz von Patientinnen/Patienten, sich dabei stellende Aufgaben und den dafür erforderlichen Fähigkeiten der Gesundheitsprofessionen/-berufe so gut wie keine Beiträge oder Studien zu finden. Damit in Übereinstimmung existieren bislang auch keine entsprechenden Erhebungsinstrumente für diesen Bereich.

Zusammenfassende Definition

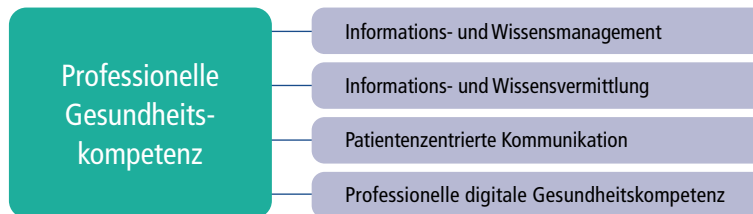
In Anlehnung an die Definition von Sørensen et al. (2012) von Gesundheitskompetenz lässt sich *professionelle Gesundheitskompetenz* demnach folgendermaßen beschreiben:

Professionelle Gesundheitskompetenz umfasst die Motivation, das Wissen und die Fähigkeiten, professionell relevantes Wissen und Informationen in unterschiedlicher 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 1-1 zeigt – auf vier unterschiedliche, grundlegende Aufgabenbereiche: a) das eigene professionelle Informations- und Wissensmanagement,

b) die edukative Vermittlung und Erklärung von Informationen durch die Gesundheitsprofessionen/-berufe sowie c) die patientenzentrierte Kommunikation mit Patientinnen/Patienten und ihren Angehörigen, und schließt außerdem d) unterstützende Aufgaben im Umgang mit digitalen Gesundheitsinformationen ein.

Abbildung 1-1: **Vier Aufgabenbereiche professioneller Gesundheitskompetenz**



Quelle: Schaeffer & Griese, i.V.

Zu ergänzen ist, dass auch die professionelle Gesundheitskompetenz – wie Gesundheitskompetenz generell – als *relational* zu verstehen ist (Parker & Ratzan, 2010). Anders formuliert, sie ist sowohl als Produkt individueller Fähigkeiten der Gesundheitsprofessionen/-berufe anzusehen wie auch der an sie gestellten Anforderungen bzw. System- und Informationsbedingungen. Zu diesen zählen hier 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 Gesundheitskompetenz – um nur einige Aspekte aufzuführen.

3 Methodisches Vorgehen

3.1 Fragebogenentwicklung

Mit dem dargestellten Rahmenkonzept samt der umfassenden Definition *professioneller Gesundheitskompetenz* wurde zugleich eine Basis für die Erarbeitung eines Erhebungsinstruments geschaffen. Sie erfolgte in einem mehrschrittigen Prozess, der nachfolgend kurz geschildert wird (ausführlich: HLS-PROF Konsortium, 2023).⁹

Die im Konzept genannten vier *Aufgabenbereiche* (Informations- und Wissensmanagement, Informations- und Wissensvermittlung, patientenzentrierte Kommunikation, professionelle Digitale Gesundheitskompetenz), wurden zunächst unter Rückgriff auf die vorliegende Literatur jeweils in einzelne, bei der Förderung der Gesundheitskompetenz von Patientinnen/Patienten anstehende Aufgaben der Gesundheitsprofessionen/-berufe untergliedert. Diese wurden anschließend erneut mit Blick auf Vollständigkeit, Übereinstimmung mit dem Konzept und ihre Plausibilität überprüft und dann in Items/Fragen überführt. Jedes Item bildet eine für den jeweiligen Bereich relevante Aufgabe ab, so dass sich aus der Vielzahl der Einzelaufgaben ein umfassendes Bild professioneller Gesundheitskompetenz ergibt. Die Items wurden anschließend in einem iterativen Prozess inhaltlich geschärft und dann zu einem umfassenden initialen Itempool zusammengefasst.

Zur weiteren Optimierung und zur Gewährleistung der Inhaltsvalidität wurde ein partizipatives Vorgehen gewählt. Dafür wurde eine erste Entwurfsfassung des Fragebogens zusammen mit dem Rahmenkonzept¹⁰ in Deutschland mit 11 Expertinnen/Experten vornehmlich aus den Bereichen Medizin und Public Health (6 Personen) sowie Pflege und Pflegewissenschaft (5 Personen) in Fokusgruppen und Einzelinterviews diskutiert.¹¹ Konzept und Fragebogeninhalte trafen überwiegend auf Zustimmung und wurden von den Expertinnen/Experten als sehr relevant, innovativ und interessant eingeschätzt. Zugleich wurden Optimierungen und Ergänzungen bei der Itemformulierung oder bei einzelnen Themen angeregt, die anschließend in die weitere Fragebogenentwicklung einfließen.

In einem weiteren Schritt wurde der überarbeitete Fragebogen in (kognitiven) Pretests überprüft, bei denen die Teilnehmerinnen/Teilnehmer zum Verständnis, zur Verständlichkeit und zur Relevanz der Fragebogeninhalte befragt und die Praxistauglichkeit des Instruments eruiert wurden. In Deutschland wurden vier Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen befragt.¹² Basierend auf den Ergebnissen der Pretests wurde das Erhebungsinstrument erneut überarbeitet und finalisiert.

9 Die Fragebogenentwicklung wurde in Deutschland von der Robert Bosch Stiftung unterstützt.

10 Das Rahmenkonzept war bereits zuvor mit zahlreichen Expertinnen/Experten beraten worden.

11 Ähnlich war das Vorgehen in der Schweiz und in Österreich, so dass der Fragebogenentwurf insgesamt von 33 Expertinnen/Experten aus unterschiedlichen Bereichen des Gesundheitswesens und der Wissenschaft diskutiert, beraten und kommentiert wurde.

12 In Österreich wurden weitere acht, in der Schweiz fünf Interviews mit Expertinnen/Experten geführt.

3.2 Das Erhebungsinstrument PROF-HL-Q

Das neuentwickelte Erhebungsinstrument zur Messung der professionellen Gesundheitskompetenz (PROF-HL-Q) umfasst insgesamt 41 Items zur Messung der professionellen Gesundheitskompetenz in insgesamt vier Aufgabenbereichen (Informations- und Wissensmanagement, Informations- und Wissensvermittlung, patientenzentrierte Kommunikation, professionelle digitale Gesundheitskompetenz).

Das Instrument PROF-HL-Q misst die subjektiv eingeschätzten Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Aufgaben, die sich den Gesundheitsprofessionen/-berufen bei der Förderung der Gesundheitskompetenz von Patientinnen/Patienten stellen. Die Items werden auf einer fünfstufigen Likert-Skala mit den Antwortmöglichkeiten „sehr einfach“ (5), „eher einfach“ (4), „weder einfach noch schwierig“ (3), „eher schwierig“ (2), „sehr schwierig“ (1) von den befragten Gesundheitsprofessionen/-berufen beantwortet.

Ergänzend wurden weitere Aspekte erhoben:

- genutzte Informationsquellen (13 Antwortmöglichkeiten)
- von den Gesundheitsprofessionen/-berufen angebotene digitale Kontaktmöglichkeiten (7 Antwortmöglichkeiten)
- Vertrautheit mit dem Konzept Gesundheitskompetenz und ausgewählten Methoden zur Förderung der Gesundheitskompetenz (4 Items)

Nach dem relationalen Verständnis (Parker & Ratzan, 2010), sollten bei Erhebungen zur Gesundheitskompetenz nicht nur die individuellen Fähigkeiten, sondern auch die sie prägenden Rahmenbedingungen Beachtung finden. Deshalb wurden ergänzend auch Fragen zur Ausbildung (3 Items) und einige organisatorische Rahmenbedingungen (5 Items), die für die Förderung der Gesundheitskompetenz von Patientinnen/Patienten wichtig sind (6 Items), aufgenommen, ebenso berufsbezogene und sozio-demographische Merkmale (10 Items). Insgesamt umfasst der Fragebogen damit 75 Items.

Psychometrische Prüfung und Berechnung des Punktwerts

Mit den gewonnenen Daten wurden in einem weiteren Schritt die psychometrischen Eigenschaften des Instruments zur professionellen Gesundheitskompetenz analysiert. Dabei wurde mittels explorativer (EFA) und konfirmatorischer Faktorenanalysen (CFA) geprüft, wie gut die einzelnen Fragesets die verschiedenen Aufgabenbereiche operationalisieren und ob sich die Fragen innerhalb jedes Sets inhaltlich gut voneinander unterscheiden. Zusätzlich wurde die interne Konsistenz bestimmt. Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass das Instrument insgesamt geeignet ist, die verschiedenen Aspekte professioneller Gesundheitskompetenz abzubilden und empirisch die vier im Konzept genannten Aufgabenbereiche sowie den Bereich der organisatorischen Rahmenbedingungen zu unterscheiden (Tabelle 1-1). Die Informations- und Wissensvermittlung bildet mit insgesamt 17 Items den größten Aufgabenbereich und wurde deshalb in fünf Teilbereiche untergliedert.

Tabelle 1-1: **Aufgaben- und Teilbereiche des HLS-PROF-Q und Anzahl der einbezogenen Items**

| Aufgaben- und Teilbereiche | Anzahl der Items |
|---|------------------|
| Informations- und Wissensmanagement | 7 |
| Wissens- und Informationsvermittlung | 17 |
| – Informationsvoraussetzungen ermitteln/einschätzen | 4 |
| – (Vor-)wissen, Informationsbedarf und -bedürfnisse ermitteln und berücksichtigen | 3 |
| – Informationen vermitteln und erklären | 3 |
| – Mit Herausforderungen bei der Informationsvermittlung umgehen | 4 |
| – Überprüfen, ob Informationsinhalte verstanden wurden | 3 |
| Patientenzentrierte Kommunikation | 6 |
| Professionelle digitale Gesundheitskompetenz ¹³ | 4 |

Aus den gegebenen Antworten wurde für einen einfacheren Überblick für jeden Aufgaben- und Teilbereich sowie für den Bereich der organisatorischen Rahmenbedingungen jeweils ein zusammenfassender Punktwert berechnet. Dazu wurden den Antworten numerische Werte (1–5; s. o.) zugewiesen, die aufsummiert und auf Werte von 0 bis 100 transformiert wurden. Der Punktwert stellt den Durchschnitt dieser Summenwerte über alle Befragten hinweg dar. Ein höherer Wert drückt subjektiv weniger Schwierigkeiten bei Bewältigung der gestellten Aufgaben aus.

Sieben Items, die aus statistischen Gründen nicht mit der Faktorenstruktur des Instruments übereinstimmten, gingen nicht in den Punktwert zur professionellen Gesundheitskompetenz ein und wurden nicht in den nachgehenden Analysen berücksichtigt. Da sie jedoch inhaltlich relevant sind, werden sie in der Darstellung der Einzelitems und ihrer Ergebnisse separat aufgeführt und mit „#“ gekennzeichnet.

3.3 Datenerhebung

Die Erhebung der Daten wurde in Deutschland vom Erhebungsinstitut Diamond (KH) Germany HoldCo GmbH (Cerner Enviza) in einer Online-Erhebung (CAWI) durchgeführt. Die Studie wurde von der der Ethik-Kommission der Universität Bielefeld (Nr. 2022–143) geprüft und als unbedenklich bewertet.

Zu den befragten Gesundheitsprofessionen/-berufen gehörten in Deutschland aktiv tätige *Allgemeinärztinnen und -ärzte* bzw. *hausärztlich tätige Internistinnen und Internisten* sowie Pflegefachpersonen. Die Rekrutierung wurde von dem selbständigen Panel-Anbieter „Sermo“ für das Umfrageinstitut durchgeführt. 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. Mit Hilfe eines kurzen Screening-Fragebogens wurde vor der Hauptbefragung sichergestellt, dass die eingeladenen Personen der genannten Zielgruppe entsprachen. Die Aufklärung der Befragten, u. a. zur Nutzung der Daten, erfolgte unmittelbar im Vorfeld der Befragung mit Hilfe eines Informationstextes. Befragte konnten über den gesamten Erhebungszeitraum Kontakt mit dem Online-Panel-Anbieter oder der Forschungsgruppe aufnehmen. Die Teilnahme an der Online-Befragung war freiwillig.

¹³ Bei der Operationalisierung der Aufgaben lag der Fokus auf der Fähigkeit der Gesundheitsprofessionen/-berufe, Patientinnen/Patienten bei dem Umgang mit digitalen Gesundheitsinformationen zu unterstützen.

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. Nach Wegfall, u. a. aufgrund einer anderen Ausbildung und zu später Beantwortung der Fragen, konnten letztendlich 297 gültige Datensätze realisiert werden (Tabelle 1-2).

Tabelle 1-2: **Eckpunkte der 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 %) |
| Gültige Interviews | 297 |
| Durchschnittliche Dauer des Interviews | 10:21 Min. |
| Längste Interviewdauer | 53:08 Min. |
| Kürzeste Interviewdauer | 2:40 Min. |

Als zweite Gruppe wurden *Pflegefachpersonen* befragt. Ausgewählt wurden Befragte, 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. Das Pflegeberufegesetz (PflBG, 2017) regelt eine neue, einheitliche Pflegeausbildung, die die bisherigen Regelungen nach dem „Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz) 2003“ sowie dem „Krankenpflegegesetz (KrPflG) 2003/2016“ zu einer gemeinsamen Pflegeausbildung zusammenführt und zur Tätigkeit in allen Pflegebereichen qualifiziert. Die erste gemeinsame Ausbildung nach der neuen Regelung begann erst zum Jahresbeginn 2020. Entsprechend war davon auszugehen, dass zum Zeitpunkt der Erhebung noch keine Personen mit diesem Berufsabschluss fertig ausgebildet waren. Zudem sollte die Stichprobe eine gewisse Bandbreite bei der Berufserfahrung aufweisen. Entsprechend wurden für den Pflegebereich speziell Personen mit der Ausbildung zur/zum Gesundheits- und Krankenpflegerin/-pfleger ausgewählt, da sie auch im Rahmen der ambulanten Krankenpflege Aufgaben übernehmen und in ihrer Tätigkeit einen breiten Bevölkerungsquerschnitt abdecken. Der Einfachheit halber wird nachfolgend von „Pflegefachpersonen“ gesprochen.

Für die Rekrutierung und Datenerhebung von Pflegefachpersonen wurde das „PAYBACK-Panel“ genutzt. Voraussetzung für die Aufnahme in das Panel ist: die Nutzung einer PAYBACK-Karte, die grundsätzliche Einwilligung der Nutzerinnen/Nutzer, auch zu Forschungs- und Analysezwecken kontaktiert werden zu dürfen, sowie eine persönliche Einladung zur Aufnahme in das Panel seitens der Panelbetreiber. Filterfragen, Aufklärung und Kontaktmöglichkeiten waren äquivalent zum Vorgehen bei dem Sermo-Panel.

Über das PAYBACK-Panel wurde der Screening-Fragebogen im Bereich der *Gesundheits- und Krankenpflege* an 2.660 Mitglieder des PAYBACK-Panels gesendet. Nach Ausschluss von

Personen, die bspw. nicht zur Zielgruppe gehörten oder nicht erreicht werden, konnten insgesamt 624 gültige Interviews generiert werden (Tabelle 1-3).¹⁴

Tabelle 1-3: **Eckpunkte der 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 %) |
| Gültige Interviews | 624 |
| Durchschnittliche Dauer des Interviews | 16:38 Min. |
| Längste Interviewdauer | 62:17 Min. |
| Kürzeste Interviewdauer | 2:09 Min. |

3.4 Stichprobencharakteristika und Repräsentativität

Ärztinnen/Ärzte

Insgesamt enthält die Stichprobe für die Gruppe der *Ärztinnen/Ärzte* 297 vollständig ausgefüllte Datensätze. 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 (SD: 10,2). Die Befragten haben im Durchschnitt eine Berufserfahrung von 20 Jahren (SD: 9,0). 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.

Alle befragten *Ärztinnen/Ärzte* haben in ihrem Berufsalltag „(fast) immer“ oder „häufig“ Kontakt zu Patientinnen/Patienten. Fast zwei Drittel von ihnen sind selbstständig/freiberuflich (64,3 %), ein gutes Viertel (26,3 %) angestellt tätig, während fast jede/jeder Zehnte in Teilen sowohl selbstständig als auch angestellt arbeitet (9,4 %).

Pflegefachpersonen

Die Stichprobe für die *Pflegefachpersonen* umfasst 624 verwertbare Datensätze von Personen mit einer mindestens dreijährigen Berufsausbildung, einem pflegerischen dualen Studium oder einer als äquivalent anerkannten ausländischen Hochschulausbildung. Vor dem Hintergrund, dass im

¹⁴ Aus Qualitätsgründen wurden aus beiden Panels neun Interviews im Zuge der Datenbereinigung von der Datenanalyse ausgeschlossen, so dass insgesamt 921 Datensätze berücksichtigt wurden (detailliertere Beschreibung der Stichprobe, der Ausschlusskriterien und Erhebungszeiten siehe HLS-PROF Konsortium, 2023).

Vergleich zur deutschen Bevölkerung Pfleger – im Gegensatz zu Pflegerinnen – unterrepräsentiert sind (15,9 %) (Statistisches Bundesamt, 2022a), wurde die Stichprobe nach Geschlecht quotiert, um eine belastbare Auswertung für männliche Pflegekräfte zu ermöglichen. Aufgrund der Quotenstichprobe sind weibliche Befragte mit 53,9 % im Datensatz entsprechend unterrepräsentiert. Das Durchschnittsalter aller Pflegefachpersonen beläuft sich auf 42,3 Jahre (SD: 12,5). 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) Erfahrung in ihrem Beruf.

Fast alle befragten Pflegefachpersonen (99 %) haben „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 PAYBACK-Panel damit verhältnismäßig wenig ambulant tätige Pflegefachpersonen erreicht werden. 3,4 % der Befragten geben an, in verschiedenen anderen Bereichen tätig zu sein. Genauere und weitere Informationen zu soziodemografischen und beruflichen Merkmalen der Stichprobe finden sich in Tabelle 1-4.

Repräsentativität der Stichprobe

Die Verteilung nach Alter und Geschlecht der Stichproben weicht – wie zuvor angedeutet – bei beiden Gesundheitsprofessionen/-berufen von den Strukturzahlen des statistischen Bundesamtes für die Pflegekräfte (Statistisches Bundesamt, 2022a; Stichtag 15.12.2019) bzw. 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 (Stichprobe: 73,1 % vs. Grundgesamtheit: 51,2 %). Ärztinnen sind dagegen in der ungewichteten Stichprobe unterrepräsentiert (Stichprobe: 26,9 % vs. Grundgesamtheit: 48,8 %).
- Mit Blick auf das Alter der befragten Ärztinnen/Ärzten lassen sich in den jeweiligen Alterskategorien jeweils Abweichungen zwischen Grundgesamtheit und Stichprobe zwischen 0,3 und ca. 4,1 Prozentpunkten beobachten. Die größeren Abweichungen zeigen insbesondere eine leichte Überrepräsentation in der zweitjüngsten (30–39 Jahre; Stichprobe: 11,1 % vs. Grundgesamtheit: ~7,4 %) und eine ähnlich leichte Unterrepräsentation in der drittjüngsten Alterskategorie (40–49 Jahre; Stichprobe: 17,8 % vs. Grundgesamtheit: 21,9 %).
- In den ungewichteten Daten sind mit einem Anteil von 46,1 % überproportional viele *Pflegefachmänner* enthalten (53,9 % *Pflegefachfrauen*). In der Grundgesamtheit sind deutlich mehr weibliche (84,1 %) als männliche (15,8 %) Pflegefachkräfte tätig.
- In den 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; Stichprobe: 20,8 % vs. Grundgesamtheit: 17,5 %), die größte Unterrepräsentation findet sich in der zweitältesten (50–60 Jahre; Stichprobe: 21,3 % vs. Grundgesamtheit: 28,1 %).

Mit Blick auf die teils erheblichen Differenzen zwischen Anteil in der Stichprobe und der Grundgesamtheit wurde nach einer Möglichkeit gesucht, die Daten so zu gewichten, dass sie möglichst nah an Kennzahlen der Grundgesamtheit heranreichen (für eine methodische Übersicht zur Gewichtung: Sand & Kunz, 2020). Möglicherweise daraus resultierende statistische Unsicherheiten sollten dabei jedoch möglichst vermieden werden. Berechnet wurde schließlich ein Gewichtungsfaktor, der für beide Professionen/Berufe den überproportional hohen Anteil

an männlichen Befragten ausgleicht.¹⁵ Die Bandbreite der Gewichtungsfaktoren liegt zwischen 0,34 (männliche Pflegekräfte) und 1,9 (weibliche Ärzte). Die gewichteten Verteilungen sind Tabelle 1-4 zu entnehmen.¹⁶

Tabelle 1-4: Berufsgruppen nach ausgewählten soziodemografischen und beruflichen Merkmalen (ungewichtet und gewichtet)

| Variable | Ausprägung | Ärztinnen/Ärzte (ungewichtet) | | Ärztinnen/Ärzte (gewichtet) | | Pflegefachpersonen (ungewichtet) | | Pflegefachpersonen (gewichtet) | |
|------------------------------------|--------------------|----------------------------------|------------------------------|--------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| | | Anzahl ¹ | Anteil/ Wert ² | Anzahl ¹ | Anteil/ Wert ² | Anzahl ¹ | Anteil/ Wert ² | Anzahl ¹ | Anteil/ Wert ² |
| Gesamt | | 297 | 100,0 % | 304 | 100,0 % | 624 | 100,0 % | 626 | 100,0 % |
| Geschlecht³ | männlich | 212 | 73,1 % | 152 | 51,2 % | 286 | 46,1 % | 99 | 15,9 % |
| | weiblich | 78 | 26,9 % | 145 | 48,8 % | 335 | 53,9 % | 525 | 84,1 % |
| Alter | Mittelwert | 297 | 54,2 | 304 | 53,7 | 624 | 42,3 | 626 | 42,2 |
| | Standardabweichung | 297 | 10,2 | 304 | 10,1 | 624 | 12,5 | 626 | 12,6 |
| | Median | 297 | 57,0 | 304 | 56,0 | 624 | 42,0 | 626 | 41,0 |
| Alter, gruppiert | <30 Jahre | 0 | 0 % | 0 | 0 % | 130 | 20,8 % | 133 | 21,2 % |
| | 30–39 Jahre | 33 | 11,1 % | 33 | 10,9 % | 140 | 22,4 % | 144 | 23,0 % |
| | 40–49 Jahre | 53 | 17,8 % | 54 | 17,8 % | 150 | 24,0 % | 143 | 22,8 % |
| | 50–59 Jahre | 105 | 35,4 % | 119 | 39,2 % | 133 | 21,3 % | 129 | 20,6 % |
| | 60+ Jahre | 106 | 35,7 % | 98 | 32,1 % | 71 | 11,4 % | 78 | 12,4 % |
| Geburtsland | Deutschland | 258 | 86,9 % | 259 | 85,2 % | 566 | 90,7 % | 572 | 91,3 % |
| | anderes | 39 | 13,1 % | 45 | 14,8 % | 58 | 9,3 % | 54 | 8,7 % |
| Land der Berufsausbildung | Deutschland | 285 | 96,9 % | 291 | 96,3 % | 589 | 95,8 % | 590 | 95,8 % |
| | anderes | 9 | 3,1 % | 13 | 3,7 % | 26 | 4,2 % | 26 | 4,2 % |
| Jahre im Beruf | Mittelwert | | 20,0 | | 19,6 | | 17,8 | | 18,2 |
| | Standardabweichung | | 9,0 | | 9,0 | | 12,0 | | 12,4 |
| | Median | | 20,0 | | 20,0 | | 16,0 | | 16,0 |
| Jahre im Beruf, gruppiert | 0–5 Jahre | 16 | 5,4 % | 19 | 6,4 % | 121 | 19,7 % | 117 | 19,1 % |
| | 6–10 Jahre | 32 | 10,8 % | 33 | 10,7 % | 91 | 14,8 % | 93 | 15,1 % |
| | 11–20 Jahre | 110 | 37,0 % | 113 | 37,3 % | 175 | 28,5 % | 172 | 28,0 % |
| | 21–30 Jahre | 110 | 37,0 % | 113 | 37,3 % | 129 | 21,0 % | 126 | 20,4 % |
| | 30+ Jahre | 29 | 9,8 % | 25 | 8,3 % | 99 | 16,1 % | 107 | 17,4 % |
| Häufigkeit Patientenkontakt | selten | 0 | 0 % | 0 | 0 % | 1 | 0,2 % | 2 | 0,3 % |
| | manchmal | 0 | 0 % | 0 | 0 % | 5 | 0,8 % | 5 | 0,8 % |
| | häufig | 4 | 1,3 % | 4 | 1,3 % | 53 | 8,5 % | 48 | 7,7 % |
| | (fast) immer | 293 | 98,7 % | 300 | 98,7 % | 565 | 90,5 % | 572 | 91,3 % |

15 Der Verzicht auf die Berücksichtigung weiterer Gewichtungsmerkmale hat zwei Gründe: Zum einen beschränkt sich die Datenlage objektiver Kriterien, die für bei Professionen/Berufe verfügbar sind, auf die Merkmale Alter und Geschlecht. Mit einer Gewichtung nach Alter und Geschlecht ergeben sich zum anderen für manche Kombinationen insbesondere bei den Ärztinnen/Ärzten sehr kleine Fallzahlen, mit denen die Berechnung eines belastbaren Gewichtungsfaktors – und damit die Analyse der Ergebnisse – potenziell problematisch wird.

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

| Variable | Ausprägung | Ärztinnen/Ärzte | | | | Pflegefachpersonen | | | |
|--|---|---------------------|------------------------------|---------------------|------------------------------|---------------------|------------------------------|---------------------|------------------------------|
| | | (ungewichtet) | | (gewichtet) | | (ungewichtet) | | (gewichtet) | |
| | | Anzahl ¹ | Anteil/ Wert ² | Anzahl ¹ | Anteil/ Wert ² | Anzahl ¹ | Anteil/ Wert ² | Anzahl ¹ | Anteil/ Wert ² |
| Setting der Tätigkeit (Mehrfachantworten möglich) | Niedergelassene Praxis, Med. Versorgungszentrum/ Primärversorgungszentrum | 265 | 89,2 % | 271 | 89,4 % | 91 | 14,6 % | 109 | 17,4 % |
| | Krankenhaus oder Rehabilitationsklinik | 31 | 10,4 % | 32 | 10,4 % | 301 | 48,2 % | 290 | 46,3 % |
| | Stationäre Pflegeeinrichtung (z. B. Altenwohn- oder Pflegeheim) | 1 | 0,3 % | 1 | 0,2 % | 143 | 22,9 % | 143 | 22,8 % |
| | Ambulante Pflege | 0 | 0 % | 0 | 0 % | 68 | 10,9 % | 67 | 10,8 % |
| | anderer Bereich | 0 | 0 % | 0 | 0 % | 21 | 3,4 % | 17 | 2,7 % |
| Arbeitsverhältnis | angestellt tätig | 78 | 26,3 % | 88 | 28,8 % | 599 | 96,0 % | 608 | 97,1 % |
| | selbstständig/freiberuflich tätig | 191 | 64,3 % | 192 | 63,1 % | 15 | 2,4 % | 13 | 2,0 % |
| | angestellt u. selbstständig/freiberuflich tätig | 28 | 9,4 % | 25 | 8,1 % | 10 | 1,6 % | 6 | 0,9 % |

1 Die Anzahl der gültigen Fälle variiert abhängig von den Variablen. Der Gesamtwert berücksichtigt hierbei sämtliche in die Analyse einbezogenen Werte, die Merkmale darunter betrachten nur die gültigen Werte (ohne fehlende Werte).

2 Der Gesamtanteil von 100 % spiegelt die Gesamtfallzahl wider. Die darunter angegebenen Werte basieren auf den gültigen Prozentwerten, weshalb sie aufsummiert nicht immer die Gesamtfallzahl ergeben.

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

3.5 Datenauswertung

Die zur Ergebnisdarstellung genutzten Auswertungsverfahren sind vorwiegend deskriptiv. Um mögliche statistische Unterschiede zwischen Gruppen zu identifizieren, wurden verschiedene Testverfahren angewendet. Zusammenhänge zwischen der professionellen Gesundheitskompetenz und berufsbezogenen Merkmalen sowie des Geschlechts wurden mittels bivariater Analysen geprüft (t-Tests, einfaktorielles ANOVA bzw. Welch-ANOVA). Paarweise Gruppenvergleiche wurden entweder mit dem Tukey-HSD und dem GT2-Test nach Hochberg (bei Vorliegen von Varianzhomogenität und ungleicher Gruppengröße) oder Games-Howell-Test durchgeführt (bei Vorliegen ungleicher Varianzen und Gruppengrößen). Zusätzlich wurden nicht-parametrische Testverfahren, der Mann-Whitney-U-Test für Vergleiche zwischen zwei Gruppen, der Kruskal-Wallis-Test für Vergleiche zwischen mehr als zwei Gruppen und der Bonferroni-Dunn-Test für paarweise Vergleiche, verwendet. Die bivariaten Zusammenhänge wurden darüber hinaus in linearen Regressionsmodellen unter Kontrolle verschiedener Merkmale geprüft. Für die Zusammenhänge zwischen einzelnen Punktwerten wurden Korrelationsanalysen (Pearson) durchgeführt. Kategoriale Daten wurden mittels Chi²-Test auf Unterschiede untersucht. Sofern nicht anders angegeben, beziehen sich statistische Unterschiede standardmäßig auf ein 5-prozentiges Signifikanzniveau. Eine detailliertere Darstellung kann dem internationalen Bericht entnommen werden (HLS-PROF Konsortium, 2023).

Der Datenauswertung folgte die Einordnung und Interpretation der Ergebnisse. Auch dabei wurde partizipativ vorgegangen: Die Ergebnisse wurden zwei Expertengruppen (n=12) und diversen Einzelpersonen aus den Bereichen Medizin bzw. Pflege vorgestellt und gemeinsam mit ihnen diskutiert. Damit wurde das Ziel verfolgt, zu einem tieferen Verständnis der Ergebnisse

zu gelangen. Die Diskussionsergebnisse sind in die anschließende teaminterne Interpretation und auch die Ergebnisdarstellung eingeflossen.

3.6 Methodische Reflexion

Mit der Studie wurde in mehrfacher Hinsicht Neuland betreten, so auch bei der methodischen Vorgehensweise. Sie wird deshalb abschließend kurz reflektiert.

Wie zuvor dargestellt wurde, erfolgte die Entwicklung des neuen Fragebogens und die Durchführung der Studie im Rahmen eines internationalen Konsortiums. Dies erwies sich als ausgesprochen fruchtbar, erforderte aber zugleich eine enge und zeitlich aufwändige Abstimmung und Zusammenarbeit zwischen den beteiligten drei Ländern, die bei der Planung unterschätzt wurde.

Ähnliches gilt für das partizipative Vorgehen im Vorfeld und während der Erhebung sowie zur Einordnung der Ergebnisse. Es stellte sich aber als sehr anregend und ergiebig heraus. Denn sowohl die Konzept- und Fragebogenentwürfe wie auch die mit dem Fragebogen erhobenen Daten wurden jeweils mit Angehörigen beider Gesundheitsprofessionen/-berufe und ausgewählten Stakeholdern diskutiert. Dies wurde nicht zuletzt deshalb für wichtig erachtet, da der Fokus hier nicht auf der persönlichen Gesundheitskompetenz der Gesundheitsprofessionen/-berufe lag, sondern, anders als in bisherigen Studien erstmals auf die Fähigkeiten und Möglichkeiten der Gesundheitsprofessionen/-berufe zielte, die sie professionell/beruflich benötigen, um die Gesundheitskompetenz ihrer Patientinnen/Patienten fördern zu können. Die Diskussion dieses neuen Ansatzes mit den Expertinnen/Experten bestätigte die Notwendigkeit dieses Perspektivwechsels und führte zu wertvollen Hinweisen für die weitere Arbeit.

Dies gilt insbesondere für den im Rahmen der Studie neu entwickelten Fragebogen PROF-HL-Q. Er hat seine erste Bewährungsprobe bestanden, wie die anschließende Überprüfung der psychometrischen Eigenschaften und Konstruktvalidität gezeigt hat. Zugleich wurde Optimierungspotential deutlich: Konzeptionell konzentriert sich der Fragebogen auf die vier dargestellten Aufgabenbereiche. Aus Kostengründen konnten sie jedoch nur mit einer begrenzten Anzahl an Items abgefragt werden. Dies gilt etwa für den gesellschaftlich bedeutsamen Aufgabenbereich „professionelle *digitale* Gesundheitskompetenz“, bei dem die Itemzahl sehr knapp bemessen ist. Um zu genaueren Aussagen zu kommen, ist daher überlegenswert, den Fragenbogen stellenweise zu ergänzen. Aus konzeptioneller Sicht ist ebenfalls wünschenswert, zu einer besseren Gewichtung der Aufgabenbereiche sowie einer größeren Trennschärfe zwischen „Patientenzentrierter Kommunikation“ und „Informations- und Wissensvermittlung“ zu gelangen.

Auch im Zentrum der professionellen Gesundheitskompetenz stehen die vier Schritte der Informationsverarbeitung (Gesundheitsinformationen finden, verstehen, einschätzen und anwenden) – ähnlich wie im Gesundheitskompetenzkonzept generell (Sørensen et al., 2012). Für die Weiterentwicklung des Erhebungsinstruments ist empfehlenswert zu prüfen, ob sie noch systematischer in dem entwickelten Fragebogen aufgegriffen werden können. Ähnliches gilt für die drei Domänen von Gesundheitskompetenz (Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung; Pelikan et al., 2019; Pelikan & Ganahl, 2017).

Wie bei allen in der Tradition des HLS-EU stehenden Messinstrumenten, handelt es sich auch bei dem PROF-HL-Q um ein *Selbsteinschätzungsinstrument*, das die subjektiven Schwierigkeiten bei der Bewältigung bestimmter Aufgaben misst. Dies schließt eine objektive Abschätzung der realen Fähigkeiten aus. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist dies zu berücksichtigen, ebenso, dass Befragte bei Selbsteinschätzungen u. U. dazu tendieren, ihre Fähigkeiten zu über- oder unterschätzen (Stock et al., 2022). Dennoch ermöglichen Selbsteinschätzungen, die Sicht der Befragten zu eruieren – ein Aspekt der nicht zuletzt für die Konzipierung und Akzeptanz von

Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz wichtig ist. Nichtsdestotrotz dürfte aufschlussreich sein, Anregungen der Expertinnen-/Expertendiskussion aufzugreifen und größere Methodenvielfalt zu erproben.

Aus Pandemie- und Ressourcen Gründen wurde zur Erhebung eine Online-Befragung durchgeführt. Zu vermuten ist, dass sie Selektionseffekte mit sich gebracht hat und eher ohnehin am Thema interessierte und digital affinere Ärztinnen/Ärzte bzw. Pflegefachpersonen an der Befragung teilgenommen haben. Sinnvoll ist daher, künftig auch persönliche Befragungen zur Ermittlung der professionellen Gesundheitskompetenz in Betracht zu ziehen, wenngleich dies angesichts limitierter (zeitlicher) Ressourcen der Gesundheitsberufe und höherer Erhebungskosten schwerer umzusetzen ist.

Aus Kosten- und Kapazitätsgründen erfolgte bei der Erhebung eine Beschränkung auf Allgemeinärztinnen/-ärzte und hausärztlich tätige Internistinnen/Internisten und Pflegefachpersonen. Damit wurden zwar zwei für die Förderung von Gesundheitskompetenz zentrale Gesundheitsprofessionen/-berufe befragt. Ob sich die Ergebnisse auch bei anderen Gesundheitsberufen in Deutschland bestätigen, ist jedoch offen. Interessant wäre daher zum einen, ähnlich wie in Österreich und in der Schweiz, in künftigen Erhebungen weitere Berufsgruppen einzubeziehen. Aufschlussreich dürfte zum anderen sein, eine Differenzierung der befragten Berufsgruppen vorzunehmen und sie jeweils um andere Spezialisierungen, die für die Förderung von Gesundheitskompetenz bedeutsam sind, zu erweitern.¹⁷ Angesichts der wachsenden Bedeutung der Ambulantisierung sollte in zukünftigen Untersuchungen zudem ein größerer Fokus auf ambulant tätige Pflegefachpersonen gelegt werden. Dies konnte nur teilweise in der vorliegenden Untersuchung umgesetzt werden.

Vergleichbares gilt mit Blick auf das Qualifikationsniveau der Befragten. In der vorliegenden Studie konnte bei der Pflege nicht explizit nach dem Ausbildungs- bzw. Akademisierungsgrad unterschieden werden. Daher ist unklar, inwieweit sich die unterschiedlichen, nebeneinander existierenden Ausbildungsarten und -grade auf die professionelle Gesundheitskompetenz auswirken. Dies in nachfolgenden Studien zur professionellen Gesundheitskompetenz stärker zu berücksichtigen, wäre ebenfalls wünschenswert.

¹⁷ Wünschenswert wäre außerdem, eine Differenzierung nach Settings (ambulanten Gesundheitseinrichtungen, unterschiedlichen stationären Einrichtungen – etwa Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen und stationäre Langzeitversorgungseinrichtungen etc.) vorzunehmen. Dies dürfte für die Interventionsentwicklung vielversprechende Anregungen geben.

4 Ergebnisse für Deutschland

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Erhebung zur professionellen Gesundheitskompetenz in Deutschland dargestellt, die sich auf aktuell tätige Allgemeinärztinnen/-ärzte, hausärztlich tätige Internistinnen/Internisten und Pflegefachpersonen konzentriert. Im Mittelpunkt stehen folgende Fragen:

- Wie stellt sich die professionelle Gesundheitskompetenz der beiden Gesundheitsprofessionen/-berufe in den vier erfragten Aufgabenbereichen dar?
- Welche der sich in den vier Bereichen stellenden Aufgaben sind für sie besonders schwierig?
- Wie vertraut sind die Gesundheitsprofessionen/-berufe mit dem Gesundheitskompetenzkonzept und den Methoden zur Stärkung der Gesundheitskompetenz?
- Wie schätzen die befragten Gesundheitsprofessionen/-berufe die Vorbereitung durch ihre Ausbildung auf die Aufgaben im Rahmen der professionellen Gesundheitskompetenz ein?
- Wie beurteilen Gesundheitsprofessionen/-berufe die organisatorischen Rahmenbedingungen und welchen Einfluss haben diese auf die Aufgabenrealisierung?¹⁸

4.1 Informations- und Wissensmanagement

Zunächst wird gefragt, wie die Gesundheitsprofessionen/-berufe mit den sich bei dem Informations- und Wissensmanagement stellenden Aufgaben umgehen. Denn dieser Aufgabe kommt angesichts der Zunahme von wissenschaftlichen Informationen und der immer kürzeren Zeitspanne, mit der eben noch gültiges Wissen ergänzt oder durch neues ersetzt wird, im Vergleich zu früheren Zeiten eine wesentlich höhere Bedeutung zu. Um sie zu bewältigen, müssen die Gesundheitsprofessionen/-berufe kontinuierlich dafür sorgen, dass ihr Handeln dem aktuellem „State of the Art“ entspricht. Dazu müssen sie in der Lage sein, fortlaufend neue, professionell relevante Informationen zu rezipieren – sie ausfindig zu machen, zu verstehen, einzuschätzen und daraus Wissen zu generieren, das sie in ihrem Berufsalltag anwenden können. Mehr als zuvor sind die Gesundheitsprofessionen/-berufe daher auf ein umfassendes Informations- und Wissensmanagement angewiesen. Fragt sich, ob dies ohne weiteres vorausgesetzt werden kann.

Zentrale Ergebnisse auf einen Blick

- Ärztinnen/Ärzte erreichen im Aufgabenbereich „Informations- und Wissensmanagement“ 65,8 von 100 möglichen Punkten. Pflegekräfte erreichen mit 64,7 Punkten einen fast gleich hohen Wert.
- Am schwersten fällt beiden Gesundheitsprofessionen/-berufen, statistische Ergebnisse korrekt einzuordnen: 23,9 % der Ärztinnen/Ärzte und 17,2 % der Pflegefachpersonen betrachten dies als eher/sehr schwierig. Die wissenschaftliche Basis (Evidenz) zu beurteilen, finden 15,8 % bzw. 14,5 % eher/sehr schwierig. Die Vertrauenswürdigkeit von Fachinformationen einzuschätzen, beurteilen 18,3 % bzw. 14,4 % als eher/sehr schwierig.

18 Dieses Kapitel ist ebenfalls Teil des Ergebnisteils des internationalen Ergebnisberichts (HLS-PROF Konsortium, 2023).

- Nur rund die Hälfte der Ärztinnen/Ärzte (51,6 %) und Pflegekräfte (53,3 %) gibt an, dass sie ihre Ausbildung eher/sehr gut darauf vorbereitet hat, sich fortlaufend mit Fachinformationen/-wissen auseinanderzusetzen.
- Pflegefachpersonen mit mehr als 20 Jahren Berufsdauer fühlen sich durch ihre Ausbildung weniger gut auf Aufgaben des Informations- und Wissensmanagements vorbereitet als diejenigen, bei denen die Ausbildung weniger lange zurückliegt. Bei den Ärztinnen/Ärzten bewerten diejenigen mit kürzerer Berufsdauer (0–10 Jahre) die Vorbereitung durch die Ausbildung schlechter als ihre Kolleginnen/Kollegen mit etwas längerer Berufsdauer (11–20 Jahre).
- Bei beiden Gesundheitsprofessionen/-berufen geht eine positive Bewertung der eigenen Ausbildung mit einer als leichter empfundenen Bewältigung der Aufgaben beim Informations- und Wissensmanagement einher.
- Zu den wichtigsten Quellen für Fachinformationen gehören bei Ärztinnen/Ärzten Fachzeitschriften, Fort- und Weiterbildungen sowie Fachbücher. Bei Pflegenden stellen Fort- und Weiterbildungen, Fachzeitschriften, das Internet und wissenschaftliche Studien die wichtigsten Quellen dar.

4.1.1 Ärztinnen/Ärzte

Die Mehrheit der befragten Ärztinnen/Ärzte betrachtet die mit dem Informations- und Wissensmanagement verbundenen Herausforderungen als gut bewältigbar, wie der zusammengefasste Punktwert¹⁹ (Items PHL1 bis PHL7) zeigt. Auf einer Skala von 0 (sehr schwierig) bis 100 (sehr einfach) erreichen sie eine durchschnittliche Punktzahl von 65,8 (Abbildung 1-2). Das lässt – anders als erwartet – auf eine insgesamt recht positive Einschätzung der sich bei dem Informations- und Wissensmanagement stellenden Aufgaben schließen. Gleichzeitig ist zu beachten, dass immerhin rund ein Drittel der möglichen Punktzahl nicht erreicht wird. So positiv der erreichte Wert zunächst erscheint, weist er also gleichzeitig auf Verbesserungspotenzial.

Abbildung 1-2: **Ärztinnen/Ärzte: Informations- und Wissensmanagement**; Punktwert von 0 (schwierig) – 100 (einfach)

Informations- und
Wissensmanagement

65,8

Das wird auch deutlich, wenn man danach fragt, welche *Aufgaben* Ärztinnen/Ärzte bei dem Informations- und Wissensmanagement als schwierig betrachten (Abbildung 1-3). Vor allem Aufgaben, die die Grundlage evidenzbasierten Handelns bilden, werden als schwierig beurteilt: So steht das Item „statistische Ergebnisse korrekt einordnen“ (Item PHL6) an erster Stelle der als schwierig empfundenen Aufgaben: 23,9 % der Befragten sehen dies als eher/sehr schwierig an. Ihm folgt an zweiter Stelle das Item „die Vertrauenswürdigkeit von Fachinformationen einschätzen“ (Item PHL4). 18,3 % der Ärztinnen/Ärzte halten dies für eher/sehr schwierig. An dritter Stelle rangiert das Item „die wissenschaftliche Basis (Evidenz) fachlicher Informationen beurteilen“ (Item PHL5): 15,8 % schätzen dies als eher/sehr schwierig ein. Bezieht man die

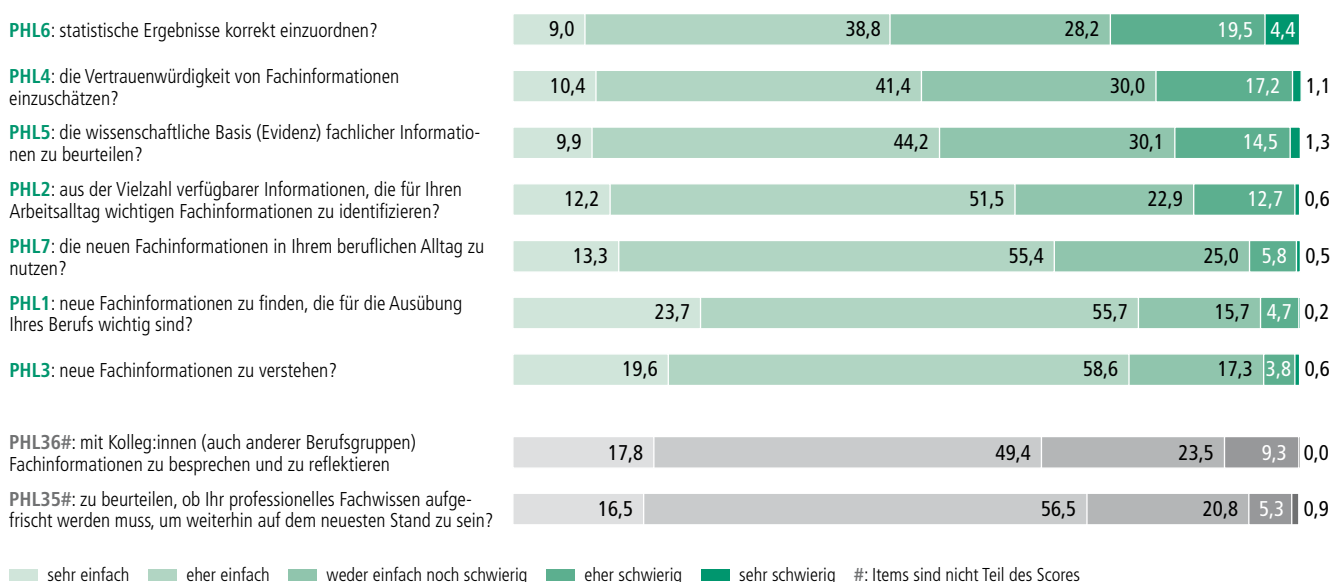
¹⁹ Für einen einfacheren Überblick wurde für jeden Aufgabenbereich und jeden Teilbereich professioneller Gesundheitskompetenz ein Punktwert (Score) berechnet. Dazu wurden den Antwortkategorien („sehr einfach“, „eher einfach“, „weder einfach noch schwierig“, „eher schwierig“, „sehr schwierig“) numerische Werte (1–5) zugeordnet, woraus Summenwerte berechnet und auf 0 bis 100 skaliert wurden. Der Punktwert stellt den Durchschnitt dieser Summenwerte über alle Befragten hinweg dar. Ein höherer Wert drückt subjektiv weniger Schwierigkeiten beim Erfüllen der gestellten Aufgaben aus.

jeweils rund 30 % ein, die hier indifferent geantwortet haben, lässt sich schlussfolgern, dass ungefähr die Hälfte der befragten Ärztinnen/Ärzte diese drei Aufgaben für *nicht* einfach und sogar eher/sehr schwierig hält.

Das deutet an, dass besonders die für das Informations- und Wissensmanagement der Gesundheitsprofessionen/-berufen immer bedeutsamer gewordene „Statistical Literacy“ und „Scientific Literacy“²⁰ nicht als selbstverständlich unterstellt werden können.

Erwähnenswert ist aber auch, dass die Identifikation relevanter Fachinformationen (Item PHL2) von immerhin 13,4 % der Ärztinnen/Ärzte als eher/sehr schwierig eingeschätzt wird. Die Nutzung, das Finden und Verstehen von Fachinformationen (Item PHL1, PHL3, PHL7) wird dagegen mehrheitlich als eher/sehr einfach beurteilt. Der Anteil, derjenigen die dies schwierig finden, liegt hier im einstelligen Bereich.

Abbildung 1-3: **Ärztinnen/Ärzte: Informations- und Wissensmanagement; Einzelitems in Prozent; „Wie einfach oder schwierig ist es für Sie, ...“²¹**

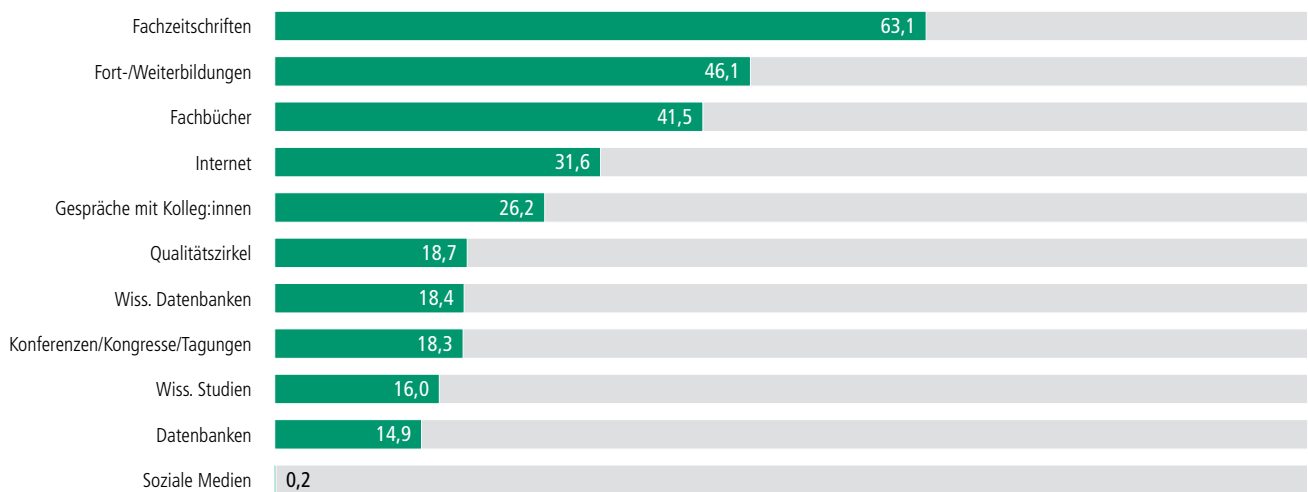


Gefragt wurde außerdem nach den Präferenzen bei der *Nutzung von Informationsquellen* im Rahmen des Informations- und Wissensmanagements. Wie Abbildung 1-4 verdeutlicht, sind Fachzeitschriften für Ärztinnen/Ärzte die wichtigste Informationsquelle (63,1 %). Fort- und Weiterbildungen folgen mit 46,1 % auf dem zweiten und Fachbücher mit 41,5 % auf dem dritten Platz. Das Internet liegt mit einigem Abstand auf Rang vier (31,6 %).

20 Damit ist im weitesten Sinne die grundlegende Kompetenz gemeint, statistische Ergebnisse bzw. allgemeine (natur-)wissenschaftliche Prinzipien und Methodik zu verstehen, zu bewerten und darauf aufbauend damit umgehen zu können (Gigerenzer & Muir Gray, 2013; OECD, 2018).

21 Aufgrund von Rundungsungenauigkeiten kann die Summe aller Antwortkategorien geringfügig von 100 % abweichen. Aus demselben Grund kann es auch zu geringen Abweichungen bei der Summierung einzelner Antwortkategorien im Vergleich zur Berechnung zusammengefasster Antwortanteile kommen.

Abbildung 1-4: Ärztinnen/Ärzte: „Wenn Sie nach Fachinformationen suchen, welche drei Quellen sind dann für Sie am wichtigsten? (bis zu 3 Antworten möglich)“; in Prozent

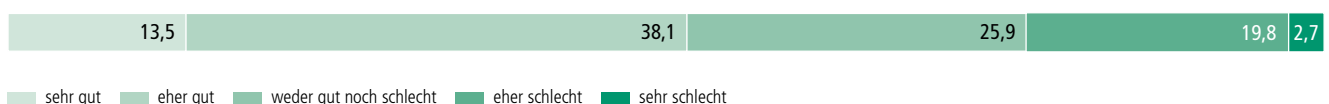


Zusammen mit den Ergebnissen zum Informations- und Wissensmanagement lassen diese Befunde vermuten, dass Ärztinnen/Ärzte überwiegend klassische Informationsquellen nutzen und sie gebündelte und bereits aufbereitete fachliche Informationen präferieren – sei es, weil sie als leichter beurteilbar und dennoch zuverlässig gelten, die Rezeption geringere methodische Kenntnisse voraussetzt als die direkte Auseinandersetzung mit wissenschaftlichen Studien oder die Zeit nicht ausreicht, um für sie relevante Informationen aus wenig aufbereiteten Quellen herauszufiltern. Diese Präferenzen müssen bei den Angaben zum eigenen Wissensmanagement und speziell zur „Scientific“ und „Statistical Literacy“ beachtet werden. Dafür spricht auch, dass die Auseinandersetzung mit nicht bzw. weniger aufbereiteten Fachinformationen, wie wissenschaftlichen Studien, deutlich geringer ausfällt: Letztere haben mit 16 % eine eher untergeordnete Bedeutung als Informationsquelle. Auch Datenbanken werden eher selten herangezogen (14,9 %). Soziale Medien spielen mit gerade einmal 0,2 % die geringste Rolle als Informationsquelle.

Bei der Konzipierung der Studie wurde angenommen, dass das Informations- und Wissensmanagement Fähigkeiten verlangt, die während des Studiums oder der Ausbildung nicht unbedingt ausreichend vermittelt wurden – insbesondere dann, wenn diese bereits länger zurückliegen.

Bei der Frage danach, inwieweit sich die Befragten durch die *Ausbildung* auf Aufgaben des Informations- und Wissensmanagements vorbereitet fühlen, geben 51,6 % der Ärztinnen/Ärzte an, dass ihr Studium sie eher gut oder sehr gut darauf vorbereitet hat, sich fortlaufend mit Fachinformationen/-wissen auseinanderzusetzen. 25,9 % antworten indifferent, und 22,5 % schätzen die Ausbildung mit Blick auf das Informations- und Wissensmanagement als eher oder sehr schlecht ein (Abbildung 1-5).

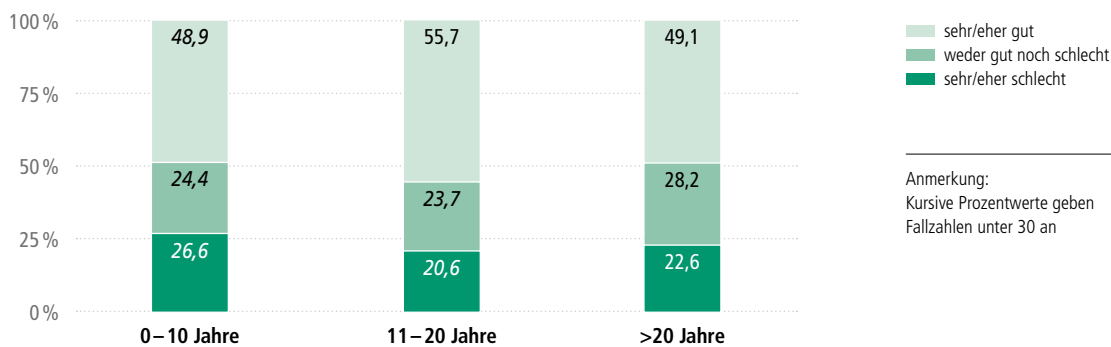
Abbildung 1-5: Ärztinnen/Ärzte: „Wie gut hat Ihre Ausbildung Sie darauf vorbereitet, sich fortlaufend mit Fachinformationen/-wissen auseinanderzusetzen?“; in Prozent



sehr gut eher gut weder gut noch schlecht eher schlecht sehr schlecht

Betrachtet man diese Ergebnisse nach Berufsdauer, werden zwischen den drei Gruppen (unter einem bis zehn, elf bis 20 und mehr als 20 Jahren im Beruf) keine signifikanten Unterschiede bei der Bewertung der Vorbereitung durch die Ausbildung auf das Informations- und Wissensmanagement sichtbar (Abbildung 1-6). Tendenziell fällt die Bewertung der Ausbildung von Ärztinnen/Ärzten mit kurzer Berufsdauer jedoch etwas schlechter aus als bei denjenigen mit längerer Berufsdauer.

Abbildung 1-6: Ärztinnen/Ärzte: „Wie gut hat Ihre Ausbildung Sie darauf vorbereitet, sich fortlaufend mit Fachinformationen/-wissen auseinanderzusetzen?“; nach Berufsdauer in Prozent



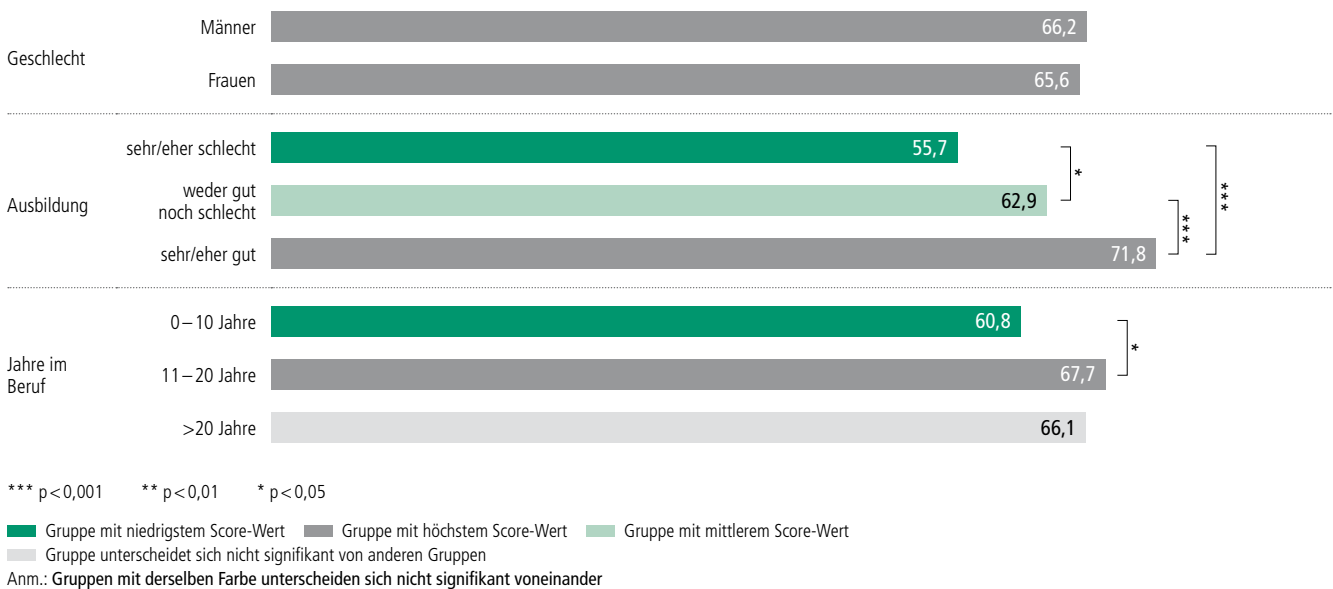
Um mögliche Zusammenhänge zwischen Aufgaben des Informations- und Wissensmanagements und den berufsbezogenen Merkmalen sowie dem Geschlecht zu untersuchen, wurde eine *bivariate Analyse* vorgenommen (Abbildung 1-7). Sie zeigt, dass eine bessere Bewertung der Ausbildung mit einem besseren Informations- und Wissensmanagement in Verbindung steht. Ärztinnen/Ärzte, die den Eindruck haben, schlecht durch ihre Ausbildung auf Aufgaben des professionellen Informations- und Wissensmanagements vorbereitet worden zu sein, halten die damit verbundenen Aufgaben für schwieriger.²²

Den Ergebnissen der bivariaten Analyse zufolge schätzen Ärztinnen/Ärzte mit einer vergleichsweise kurzen Berufsdauer Aufgaben des Informations- und Wissensmanagements als schwieriger ein als Befragte, die bereits länger als Ärztin/Arzt tätig sind.²³ Das ist insofern erstaunlich, als angenommen wurde, dass gerade Ärztinnen/Ärzte mit geringer Berufsdauer und einem erst „kürzlich“ absolvierten Studium besonders gut für die Anforderungen im Bereich des Informations- und Wissensmanagements qualifiziert sind. Offenbar verhält es sich jedoch genau umgekehrt: Gerade, weil sie die mit der Aufgabe, sich laufend neues wissenschaftliches Wissen und empirische Informationen zu erschließen, anzueignen und zu nutzen, verbundenen Herausforderungen besonders gut kennen, schätzen sie sie vermutlich kritischer und möglicherweise realistischer ein, als Ärztinnen/Ärzte mit längerer Berufsdauer.

22 Der Unterschied zwischen den Kategorien sehr/eher gut und sehr/eher schlecht beträgt 16,1 Punkte.

23 Der Unterschied zwischen den Kategorien 0–10 Jahre und 11–20 Jahre beträgt 6,9 Punkte.

Abbildung 1-7: **Ärztinnen/Ärzte: Punktwert zum professionellen Informations- und Wissensmanagement nach Berufsmerkmalen und Geschlecht;** Punktwerte von 0 (schwierig) – 100 (einfach)



Zusätzlich zu den bivariaten wurden *multivariate lineare Regressionsanalysen* durchgeführt, um zu überprüfen, ob die betrachteten Merkmale noch immer in Zusammenhang mit der Schwierigkeit der Aufgaben stehen, wenn gleichzeitig weitere Merkmale hinzugezogen werden.

Bei gleichzeitiger Berücksichtigung von Geschlecht, Berufsdauer und angegebener Ausbildungsbewertung bestätigen sich im Wesentlichen die Ergebnisse der bivariaten Analyse: Eine als eher/sehr schlecht eingeschätzte Vorbereitung durch die eigene Ausbildung (Referenz: weder gut noch schlecht) und eine Berufsdauer von 0–10 Jahre (Referenz: 11–20 Jahre) gehen mit mehr Schwierigkeiten bei der Aufgabenrealisierung beim Informations- und Wissensmanagement einher.

4.1.2 Pflegefachpersonen

Auch die befragten Pflegefachpersonen schätzen die an sie gestellten Anforderungen im Aufgabenbereich des „Wissens- und Informationsmanagement“ als relativ gut bewältigbar ein. Der zusammengefasste Punktwert für die Stichprobe der Pflegefachpersonen liegt mit 64,7 Punkten auf einer Skala von 0 bis 100 im oberen Mittelfeld der Punkteskala und im mittleren Bereich der in der Studie vorliegenden Ergebnisse (Abbildung 1-8). Er unterscheidet sich damit nur unwesentlich von dem der Ärztinnen/Ärzte. Allerdings ist auch hier zu beachten, dass fast 35 von 100 Punkten nicht erreicht werden.

Abbildung 1-8: **Pflegefachpersonen: Informations- und Wissensmanagement;** Punktwert von 0 (schwierig) – 100 (einfach)



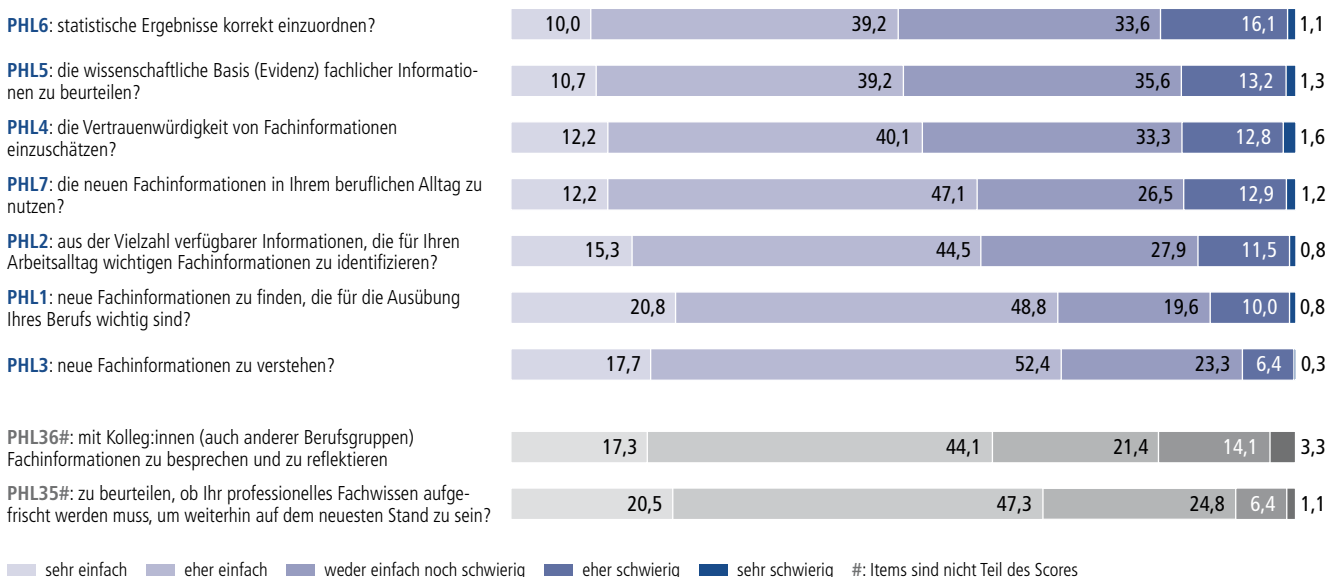
Betrachtet man, welche *Aufgaben* beim professionellen Informations- und Wissensmanagement Schwierigkeiten bereiten (Abbildung 1-9), geben Pflegefachpersonen mit insgesamt 17,2 % an,

es eher/sehr schwierig zu finden, „statistische Ergebnisse korrekt einzuordnen“ (Item PHL6). Ähnlich wie Ärztinnen/Ärzte nehmen sie dies als schwierigste Aufgabe in diesem Bereich wahr.²⁴

Darüber hinaus finden 14,5 % es eher/sehr schwierig „die wissenschaftliche Basis (Evidenz) fachlicher Informationen zu beurteilen“ (Item PHL5). „Die Vertrauenswürdigkeit von Fachinformationen einzuschätzen“ (Item PHL4) wird von 14,4 % für eher/sehr schwierig gehalten. Ungefähr gleich wird das Item PHL7 bewertet, neue Fachinformationen zu nutzen (14,1 % eher/sehr schwierig). Der Umgang mit wissenschaftlichen Informationen und Quellen stellt somit auch für Pflegefachpersonen eine Herausforderung dar.

Etwas leichter wird eingeschätzt, neue, relevante Fachinformationen zu identifizieren (Item PHL2 – 12,3 % eher/sehr schwierig) und zu finden (Item PHL1 – 10,8 % eher/sehr schwierig). Am einfachsten ist für Pflegefachpersonen, neue Fachinformationen zu verstehen (Item PHL3 – 6,7 % eher/sehr schwierig).

Abbildung 1-9: Pflegefachpersonen: Informations- und Wissensmanagement; Einzelitems in Prozent; „Wie einfach oder schwierig ist es für Sie, ...“

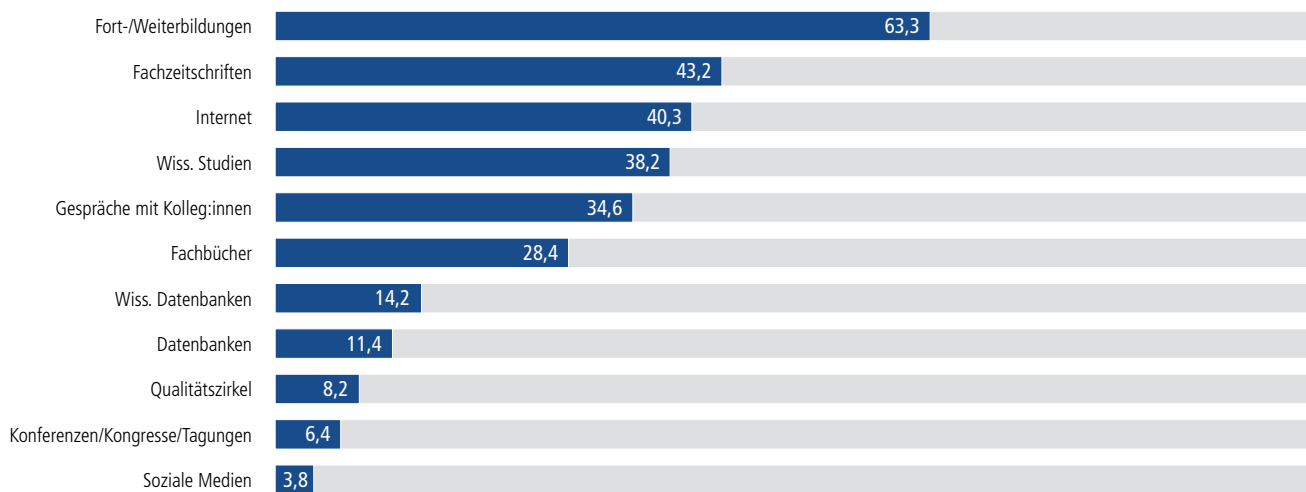


Fragt man auch hier, welches die *wichtigsten Informationsquellen* sind, wird die Rangliste mit einigem Abstand von Fort- und Weiterbildungen angeführt (Abbildung 1-10). Sie werden von 63,3 % der Pflegenden prioritär als Informationsquelle genutzt. Weitere 43,2 % greifen bevorzugt auf Fachzeitschriften zurück. Bereits an dritter Stelle steht mit 40,3 % das Internet. Wissenschaftliche Studien werden mit 38,2 % von ähnlich vielen Pflegefachpersonen als wichtige Informationsquelle herangezogen. Dagegen ist die Nutzung von Fachbüchern (28,4 %), insbesondere aber von wissenschaftlichen Datenbanken (14,2 %) oder der Besuch von Konferenzen und Tagungen (6,4 %) deutlich seltener. Auch Pflegefachpersonen greifen somit vornehmlich auf bereits aufbereitetes Wissen zurück.

Bemerkenswert ist zudem, dass immerhin 3,8 % der Befragten soziale Medien als eine der wichtigsten Informationsquellen angeben.

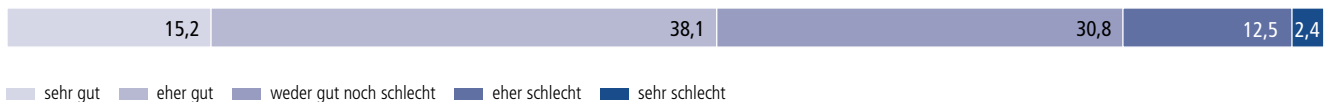
²⁴ Schwerer fällt nur das aus statistischen Gründen nicht in den Punktwert zum Informations- und Wissensmanagement aufgenommene Item PHL36# „sich mit Kolleginnen/Kollegen Fachinformationen zu besprechen und zu reflektieren“ (17,4 % eher/sehr schwierig).

Abbildung 1-10: **Pflegefachpersonen: „Wenn Sie nach Fachinformationen suchen, welche drei Quellen sind dann für Sie am wichtigsten? (bis zu 3 Antworten möglich)“; in Prozent**



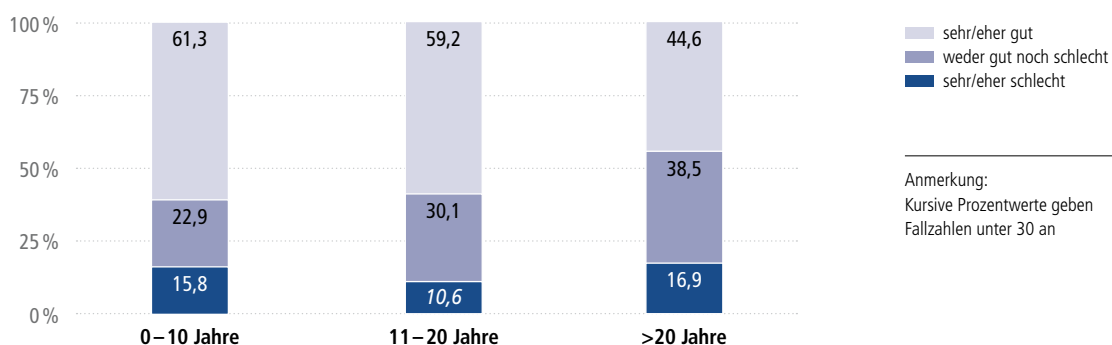
Auf die Frage, wie gut sich Pflegefachpersonen durch ihre *Ausbildung* auf Aufgaben des Informations- und Wissensmanagements vorbereitet fühlen, antworten 53,3 % mit sehr/eher gut und 30,8 % mit weder gut noch schlecht. 14,9 % geben wiederum an, dass sie ihre Ausbildung/ihr Studium eher/sehr schlecht vorbereitet hat (Abbildung 1-11). Das ist etwas positiver als die Bewertung der Ärztinnen/Ärzte.

Abbildung 1-11: **Pflegefachpersonen: „Wie gut hat Ihre Ausbildung Sie darauf vorbereitet, sich fortlaufend mit Fachinformationen/-wissen auseinanderzusetzen?“; in Prozent**



Für Pflegefachpersonen zeigt sich ein schwacher Zusammenhang zwischen der Berufsdauer und der Ausbildungsbewertung (Korrelation: $\rho = -0,147$, $p < 0,001$). Pflegefachpersonen mit mehr als 20 Jahren Berufsdauer bewerten die Vorbereitung durch Studium/Ausbildung signifikant weniger häufig als eher/sehr gut als Befragte mit bis zu 20 Jahren Berufsdauer (44,6 % vs. gut 60 %) (Abbildung 1-12). Dieser Zusammenhang zeigt sich ausschließlich bei Pflegefachpersonen.

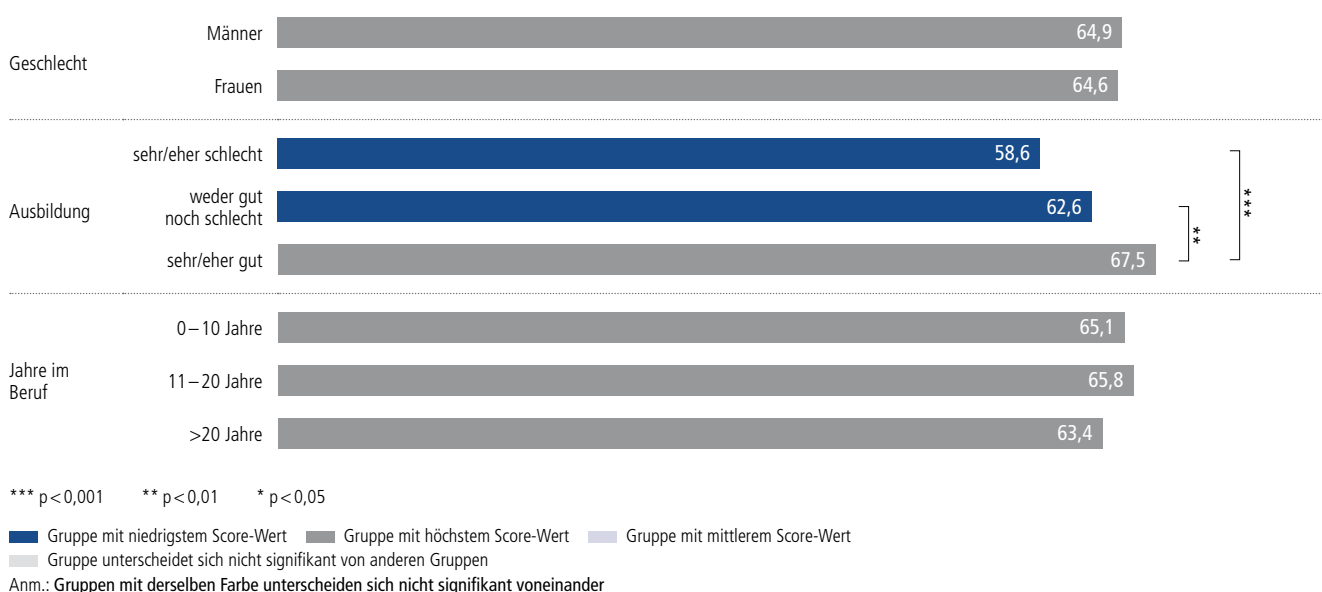
Abbildung 1-12: **Pflegefachpersonen: „Wie gut hat Ihre Ausbildung Sie darauf vorbereitet, sich fortlaufend mit Fachinformationen/-wissen auseinanderzusetzen?“; nach Berufsdauer in Prozent**



Bei der *bivariaten Analyse* des Informations- und Wissensmanagements nach ausbildungs- und berufsbezogenen Merkmalen und Geschlecht zeigen sich keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern oder nach der Berufsdauer (Abbildung 1-13).

Die Fähigkeit zum Informations- und Wissensmanagement variiert aber in Abhängigkeit von der Bewertung der eigenen Ausbildung: Pflegefachpersonen, die sich eher/sehr gut durch die Ausbildung auf Aufgaben des Wissens- und Informationsmanagements vorbereitet fühlen, sehen sich durchschnittlich vor weniger Schwierigkeiten gestellt.²⁵ Es zeigt sich also ein ähnlicher Zusammenhang wie zuvor bei den Ärztinnen/Ärzten.

Abbildung 1-13: Pflegefachpersonen: Punktwert zum professionellen Informations- und Wissensmanagement nach Berufsmerkmalen und Geschlecht; Punktwerte von 0 (schwierig) – 100 (einfach)



Auch für Pflegefachpersonen wurde eine *multivariate Regressionsanalyse* durchgeführt. Insgesamt bestätigen sich dabei die in der bivariaten Analyse gefundenen Zusammenhänge: Eine als eher oder sehr gut bewertete eigene Ausbildung bzw. ein Studium geht damit einher, dass die Items im Aufgabenbereich „Informations- und Wissensmanagements“ als einfacher eingeschätzt werden.

4.1.3 Vergleichende Betrachtung

Abschließend sollen die bisherigen Ergebnisse zum Informations- und Wissensmanagement miteinander verglichen werden. Beide Berufsgruppen schätzen die sich hier stellenden Aufgaben ähnlich ein: Mit jeweils rund 65 Punkten erreichen beide Gruppen nahezu denselben Punktwert für das Informations- und Wissensmanagement (Abbildung 1-14). Entgegen der ursprünglichen Annahme gibt es zwischen beiden Gesundheitsprofessionen/-berufen also keine relevanten Unterschiede.

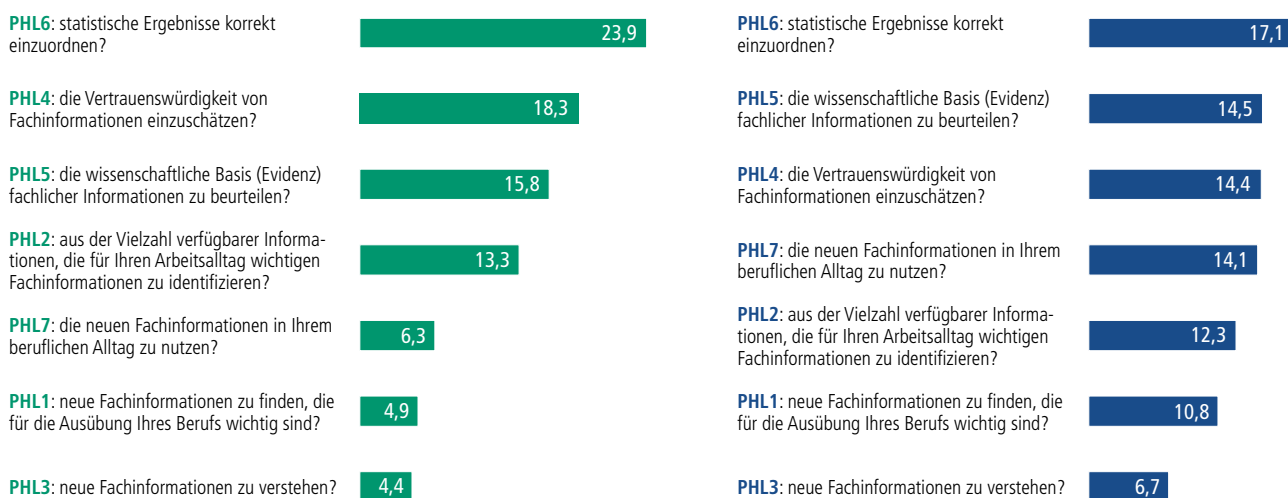
25 Der Unterschied zwischen einer sehr/eher gut und sehr/eher schlecht bewerteten Ausbildung beträgt 8,9 Punkte.

Abbildung 1-14: **Informations- und Wissensmanagement; Punktwert von 0 (schwierig) – 100 (einfach) für Ärztinnen/Ärzte (■) und Pflegefachpersonen (■)**



Auch die Antwortmuster ähneln sich, wobei die Rangfolge der als am schwierigsten eingeschätzten Items und auch der eingeschätzte Schwierigkeitsgrad zwischen den Gesundheitsprofessionen/-berufen leicht variiert. So zeigt die Abbildung 1-15, dass Ärztinnen/Ärzte den Umgang mit statistischen Ergebnissen (Item PHL6) häufiger als eher/sehr schwierig beurteilen als Pflegende (23,9 % vs. 17,1 %). Das ist insofern überraschend, als davon auszugehen ist, dass die Vermittlung von „Statistical Literacy“ und „Scientific Literacy“ in der beruflichen Pflegeausbildung einen geringeren Stellenwert einnimmt als im Medizinstudium. Anders dürfte es in den Pflegestudiengängen sein. Doch ist zu bedenken, dass der Anteil an akademisierten Pflegefachpersonen in Deutschland bis heute sehr gering ist (Meng et al., 2022; Wissenschaftsrat, 2022).²⁶

Abbildung 1-15: **Informations- und Wissensmanagement; Anteil „eher schwierig“ oder „sehr schwierig“ für Einzelitems in Prozent für Ärztinnen/Ärzte (■) und Pflegefachpersonen (■)**



Insgesamt fällt auf, dass beide Gesundheitsprofessionen/-berufe Aufgaben, in denen es um die Beurteilung bzw. Einordnung von Fachinformationen geht (Items PHL4 bis PHL6), als tendenziell schwieriger erachten als jene, die das Finden und Verstehen von Informationen betreffen (Items PHL1 bis PHL3).

Summierend ist festzuhalten, dass die Mehrheit der sich bei dem professionellen Informations- und Wissensmanagement stellenden Aufgaben von beiden Gruppen als relativ einfach eingeschätzt wird. Das darf dennoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass einzelne Aufgaben – vor allem

²⁶ Nach Zahlen des Bundesinstituts für Berufsbildung lag die Akademisierungsquote bei der Pflegeausbildung für das Jahr 2021 bei insgesamt bei 1,75 % bzw. bei 0,82 %, wenn nur die primärqualifizierenden Studierenden betrachtet wurden (Meng et al., 2022, S. 12). In der pflegerischen Versorgung bewegt sich der Anteil Beschäftigter mit hochschulischem Pflegeabschluss, je nach Setting, zwischen 0,41 % und 0,59 % (Zahlen für das Jahr 2019) (Wissenschaftsrat, 2022, S. 28). International sieht die Situation deutlich anders aus (Lehmann et al., 2019).

jene, die die Voraussetzung für den Erwerb und damit letztendlich auch für die Vermittlung gesicherten Wissens bilden – von einem großen Teil der Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen zumindest als nicht einfach beurteilt werden. Damit zeichnet die Analyse einerseits ein recht positives Bild, offenbart aber zugleich Anhaltspunkte, in welchen Bereichen das Informations- und Wissensmanagement stärkerer Aufmerksamkeit bedarf.

4.2 Informations- und Wissensvermittlung

Die Förderung der Gesundheitskompetenz setzt voraus, dass die Gesundheitsprofessionen/-berufe über die Fähigkeit zur systematischen, didaktisch versierten Vermittlung von gesundheits- und krankheitsrelevanten/m Informationen und Wissen verfügen. Gemeint ist, dass sie in der Lage sind, diese Informationen so zu vermitteln und zu erklären, dass sie an das Vorwissen und die Informationsvoraussetzungen von Patientinnen/Patienten anknüpfen, von diesen verstanden, eingeordnet, beurteilt und im Alltag zur Entscheidungsfindung bei der Erhaltung und Förderung ihrer Gesundheit genutzt werden können. Angesichts des breiten sozialen Spektrums an Patientinnen/Patienten, das Menschen aus allen Bildungs- und Sozialschichten ebenso umfasst wie etwa falsch- und fehlinformierte Patientinnen/Patienten oder aber Menschen mit unterschiedlichen Migrationserfahrungen und -hintergründen, sind die Gesundheitsprofessionen/-berufe hier mit einer anspruchsvollen Aufgabe konfrontiert, die ihnen neben fachlicher Expertise, gut ausgeprägte edukative Kompetenzen abverlangt. Fraglich ist, ob diese als selbstverständlich vorausgesetzt werden können.

Der Aufgabenbereich „Informations- und Wissensvermittlung“ ist der umfangreichste unter den erfragten Bereichen. Er umfasst insgesamt 22 Aufgaben, von denen aus methodischen Gründen 17 in die Berechnung des Gesamtpunktwerts eingegangen sind. Aufgrund der Vielzahl an Aufgaben wurde er in 5 Teilbereiche untergliedert, die dem Verlauf von systematischen Vermittlungs- und Erklärungsprozessen entsprechen:

1. Informationsvoraussetzungen ermitteln und einschätzen (Items PHL8, PHL9, PHL10, PHL11),
2. Vorwissen, Informationsbedarf und -bedürfnisse ermitteln und berücksichtigen (PHL12, PHL13, PHL14)
3. Informationen vermitteln und erklären (PHL15, PHL16, PHL17),
4. Mit Herausforderungen bei der Informationsvermittlung umgehen (PHL18, PHL19, PHL20, PHL21) und
5. Überprüfen, ob Informationsinhalte verstanden werden (PHL22, PHL23, PHL24).

Zentrale Ergebnisse auf einen Blick

- Ärztinnen/Ärzte erreichen beim Aufgabenbereich „Informations- und Wissensvermittlung“ einen Gesamtpunktwert von 60,6 Punkten, Pflegefachpersonen von 62,5 Punkten.
- In den fünf Teilbereichen kommen beide Gesundheitsprofessionen/-berufe jeweils auf Werte zwischen 55 und 70 Punkten. Am schwierigsten wird der Teilbereich „Mit Herausforderungen bei der Informationsvermittlung umgehen“ beurteilt (Ärztinnen/Ärzte: 55, Pflegefachpersonen: 57,7 Punkte). Nahezu gleichauf folgen die drei Teilbereiche „Überprüfen, ob Informationsinhalte verstanden wurden“, „Informationsvoraussetzungen ermitteln und einschätzen“ sowie „Vorwissen, Informationsbedarf/-bedürfnisse ermitteln und berücksichtigen“ (Ärztinnen/Ärzte: 59–60,5, Pflegefachpersonen:

61–62,8 Punkte). Am leichtesten fällt beiden Gesundheitsprofessionen/-berufen mit Abstand der Teilbereich „Informationen vermitteln und erklären“ (Ärztinnen/Ärzte: 69, Pflegefachpersonen: 70,3 Punkte).

- Das Item „Mit fehl- oder falschinformierten Patientinnen/Patienten umzugehen“ stellt sowohl für Ärztinnen/Ärzte als auch Pflegefachpersonen die größte Herausforderung in diesem Aufgabenbereich dar (44,5 % bzw. 37 % eher/sehr schwierig). An zweiter Stelle folgt ebenfalls für beide Gesundheitsprofessionen/-berufe „einzuschätzen, inwieweit kulturelle Unterschiede das Verständnis erschweren“ (39,7 % bzw. 30,8 %). An dritter Stelle stellt Ärztinnen/Ärzte vor Schwierigkeiten, „das Vorwissen von Patientinnen/Patienten einzuschätzen“. 27,5 % finden diese eher/sehr schwierig, bei Pflegefachpersonen sind es 20,3 %. Für Pflegefachpersonen steht auf dem dritten Platz, „einzuschätzen, inwieweit Patientinnen/Patienten in der Lage sind, mit Informationen umzugehen“. Für 25,5 % ist dies eher/sehr schwierig (Ärztinnen/Ärzte: 23,2 %). Am leichtesten bewerten beide Gesundheitsprofessionen/-berufe, „Informationen so zu erklären, dass Patientinnen/Patienten sie gut verstehen können“. Nur 2,9 % der Ärztinnen/Ärzte und 4,1 % der Pflegekräfte finden dies schwierig.
- Nicht in den Punktwert integriert, aber von beiden Gesundheitsprofessionen/-berufen als schwierig bewertet wurde zudem, „einzuschätzen, auf welche sozialen Unterstützungsmöglichkeiten Patientinnen/Patienten zurückgreifen können“. 29,2 % der Ärztinnen/Ärzte und 24,5 % der Pflegefachpersonen hält dies für eher/sehr schwierig.
- 33,9 % der Ärztinnen/Ärzte und 16,1 % der Pflegefachpersonen fühlen sich durch ihre Ausbildung eher/sehr schlecht auf die Informations- und Wissensvermittlung vorbereitet. Nimmt man die Antwortkategorie „weder gut noch schlecht“ hinzu, bewerten knapp zwei Drittel der Ärztinnen/Ärzte (64,4 %) und knapp die Hälfte der Pflegefachpersonen (48,6 %) die Vorbereitung durch die Ausbildung als nicht gut. Ärztinnen/Ärzte bewerten die Vorbereitung auf die Informations- und Wissensvermittlung deutlich schlechter als auf das Informations- und Wissensmanagement, während Pflegefachpersonen beide Aufgabenbereiche ähnlich einschätzen.
- Für beide Gesundheitsprofessionen/-berufe besteht für fast alle Teilbereiche ein positiver Zusammenhang zwischen dem wahrgenommenen Schwierigkeitsgrad und einer als eher/sehr gut bewerteten Ausbildung. Für Pflegefachpersonen zeigt sich dieser Zusammenhang im Teilbereich „Informationsvoraussetzungen ermitteln und einschätzen“ nicht.

4.2.1 Ärztinnen/Ärzte

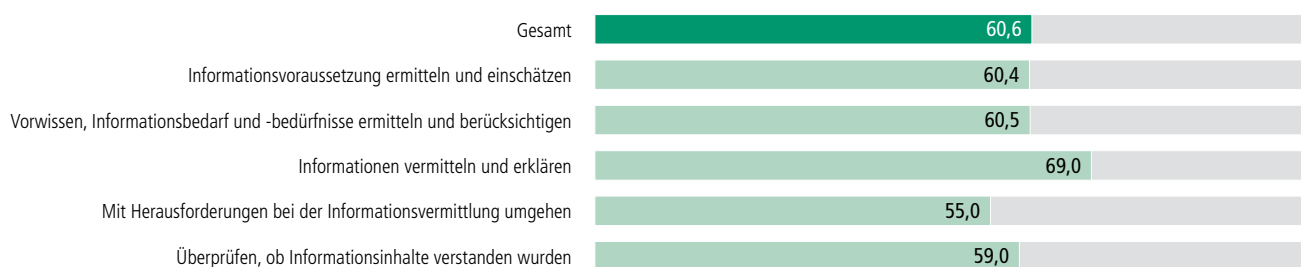
Der *Gesamtpunktwert* für den Aufgabenbereich „Informations- und Wissensvermittlung“ liegt bei den Ärztinnen/Ärzten bei 60,6 von 100 Punkten (Abbildung 1-16). Er ist damit der zweitschwierigste unter den vier Aufgabenbereichen.

Als am schwierigsten von den fünf Teilbereichen wird der *vierte Bereich* „Mit Herausforderungen bei der Informationsvermittlung umgehen“ eingeschätzt. Hier werden lediglich 55 Punkte erreicht. Drei Teilbereiche weisen einen ähnlichen Schwierigkeitsgrad auf und liegen fast auf dem Niveau des Gesamtpunktwerts. Sie betreffen Aspekte des Assessments, also der Ermittlung der Informationsvoraussetzungen und des Informationsbedarfs, und der Ergebnissicherung – samt und sonders wichtige Schritte im Prozess systematischer Informationsvermittlung: Bei dem *ersten Teilbereich* „Informationsvoraussetzungen ermitteln und einschätzen“ werden von den Ärztinnen/Ärzten 60,4 Punkte erzielt. Der *zweite, inhaltlich direkt anschließende Teilbereich*

„Vorwissen, Informationsbedarf/-bedürfnisse ermitteln und berücksichtigen“ weist mit 60,5 Punkten einen fast identischen Schwierigkeitsgrad auf. Sehr ähnlich stellt sich auch der *fünfte Teilbereich* „Überprüfen, ob Informationsinhalte verstanden wurden“ dar, in dem es um die Ergebnissicherung geht. Hier erreichen die Ärztinnen/Ärzte 59 Punkte.

Der *dritte Teilbereich* „Informationen vermitteln und erklären“ wird mit 69 Punkten dagegen als am einfachsten bewertet.

Abbildung 1-16: Ärztinnen/Ärzte: Gesamtpunktwert und Punktwerte für die fünf Teilbereiche der Informations- und Wissensvermittlung; Punktwert von 0 (schwierig) – 100 (einfach)



Betrachtet man, wie einfach oder schwierig die *einzelnen Aufgaben* in den fünf Teilbereichen eingeschätzt werden (Abbildung 1-17), fällt im *ersten Teilbereich* das Item auf „einzuschätzen, inwieweit kulturelle Unterschiede das gegenseitige Verständnis erschweren“ (Item PHL11). Es wird in diesem Teilbereich am schwierigsten beurteilt. 39,7 % der Befragten bewerten sie als eher/sehr schwierig. „Einzuschätzen, inwieweit Patientinnen/Patienten in der Lage sind, mit Informationen über Krankheits- und Gesundheitsthemen umzugehen“ (Item PHL10), halten 23,2 % für herausfordernd. Nur etwas leichter finden Ärztinnen/Ärzte mit 19,8 %, „einzuschätzen, wie Konzentrationsfähig und aufnahmefähig Patientinnen/Patienten sind“ (Item PHL9). „Einzuschätzen, ob Patientinnen/Patienten dem Gespräch folgen können“ (Item PHL8), wird dagegen am einfachsten (4 % eher/sehr schwierig) betrachtet.

Im *zweiten Teilbereich* „Vorwissen, Informationsbedarf und -bedürfnisse ermitteln und berücksichtigen“ bereitet Ärztinnen/Ärzten vor allem die Aufgabe, „das Vorwissen von Patientinnen/Patienten einzuschätzen“ Schwierigkeiten (Item PHL12): 27,5 % bewerten sie als eher/sehr schwierig. Einen ähnlichen Schwierigkeitsgrad schreiben Befragte den Aufgaben zu, „in Erfahrung zu bringen, inwieweit und an welcher Art von Informationen Patientinnen/Patienten interessiert sind“ (Item PHL13; 13,5 % eher/sehr schwierig) und „die Vermittlung von Informationen an das Vorwissen der Patientinnen/Patienten anzupassen“ (Item PHL14; 11,6 % eher/sehr schwierig).

Im dritten, dem leichtesten Teilbereich „Informationen vermitteln und erklären“ wird am herausforderndsten betrachtet, „Informationen so zu erklären, dass Patientinnen/Patienten sie gut beurteilen können“ (Item PHL16). Mit nur 7,5 %, die dies eher/sehr schwierig finden, ist dies jedoch ein kleiner Teil. Ähnlich fällt die Einschätzung der Aufgabe aus, „Informationen so zu erklären, dass Patientinnen/Patienten sie im Alltag gut berücksichtigen können“ (Item PHL17). 6,7 % halten dies für eher/sehr schwierig. Am einfachsten wird eingeschätzt, „Informationen so zu erklären, dass Patientinnen/Patienten sie gut verstehen können“ (Item PHL15). Nur 2,9 % bereitet diese Aufgabe Schwierigkeiten, ungefähr 80 % finden sie eher/sehr einfach.

Im *vierten, dem schwierigsten Teilbereich* „Mit Herausforderungen bei der Informationsvermittlung umgehen“ ist mit nahezu der Hälfte der Befragten das Item, „mit fehl- oder falschinformierten Patientinnen/Patienten umzugehen“ am schwierigsten (Item PHL21; 44,5 % eher/sehr schwierig). Aber auch „in schwierigen Gesprächssituationen angemessen mit Patientinnen/

Patienten umzugehen“ (Item PHL19) geht für gut ein Viertel der Befragten mit Herausforderungen einher (25,8 % eher/sehr schwierig). Ungefähr ein Fünftel gibt dies auch für den Umgang „mit unsicherer Evidenz“ (Item PHL18; 22,4 % eher/sehr schwierig) und „mit überdurchschnittlich gut informierten Patientinnen/Patienten“ an (Item PHL20; 18,7 % eher/sehr schwierig).

Als eher/sehr schwierig wird im *fünften Teilbereich* von den Ärztinnen/Ärzten die Aufgabe bewertet, „zu überprüfen, ob Patientinnen/Patienten die Informationen wirklich verstanden haben“ (Item PHL22): 24,8 % stellt dies vor Herausforderungen. Mit etwas Abstand folgen nahezu gleichauf „sich zu vergewissern, dass Patientinnen/Patienten das Wichtigste aus dem Gespräch mitnehmen“ (Item PHL24; 16,6 % eher/sehr schwierig) und, „ob Patientinnen/Patienten das Gesagte einschätzen können“ (Item PHL23; 15,3 % eher/sehr schwierig).

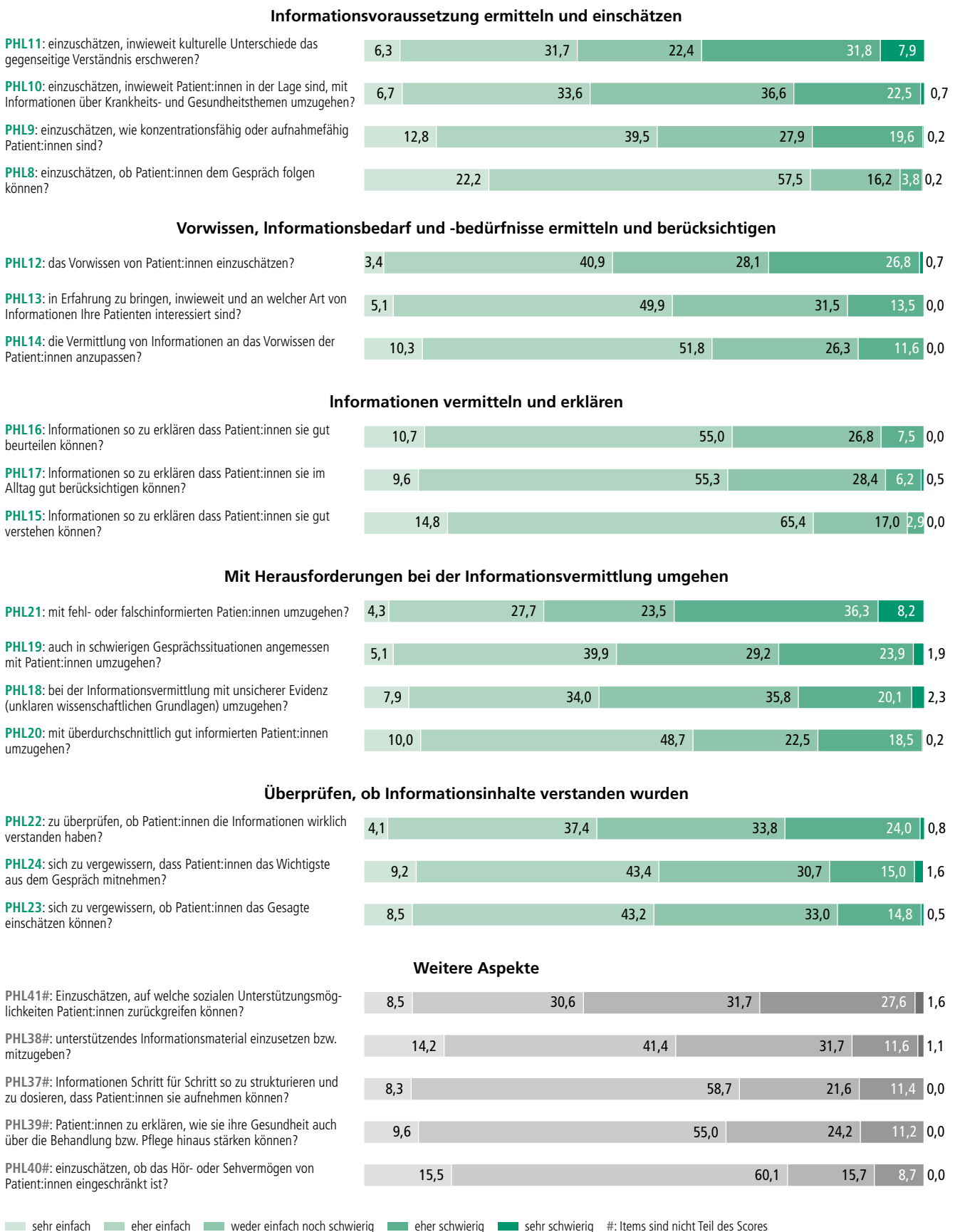
Bringt man die *fünf schwierigsten Aufgaben* im gesamten Aufgabenbereich in eine *Rangfolge*, ergibt sich folgendes Bild: An erster Stelle der schwierigsten Items bei der Informations- und Wissensvermittlung steht der Umgang mit fehl- und falschinformierten Patientinnen/Patienten (Item PHL21): Fast die Hälfte (44,5 %) der Befragten findet diese Aufgabe eher/sehr schwierig. Es stellt zugleich das am schwierigsten beurteilte Item im gesamten Fragebogen dar. An zweiter Stelle der schwierigsten Items findet sich mit 39,7 % eher/sehr schwierig die Einschätzung, „inwieweit kulturelle Unterschiede das gegenseitige Verständnis erschweren“ (Item PHL11). Mit einigem Abstand folgen drei Items mit einem sehr ähnlichen Schwierigkeitsgrad. Diese sind „das Vorwissen von Patientinnen/Patienten einzuschätzen“ (Item PHL12; 27,5 % eher/sehr schwierig), „auch in schwierigen Gesprächssituationen angemessen mit Patientinnen/Patienten umzugehen“ (Item PHL19; 25,8 % eher/sehr schwierig) sowie „zu überprüfen, ob Patientinnen die Informationen wirklich verstanden haben (Item PHL22; 24,8 % eher/sehr schwierig).

Als *einfachste Aufgaben* fallen vor allem zwei Items auf: „Einzuschätzen, ob Patientinnen/Patienten dem Gespräch folgen können“ (Item PHL8) schätzen 22,2 % als sehr einfach bzw. 79,7 % als eher/sehr einfach und damit am leichtesten ein. „Informationen so zu erklären, dass Patientinnen/Patienten sie gut verstehen können“ (Item PHL15) folgt an zweiter Stelle. 14,8 % finden dies sehr einfach, 80,2 % eher/sehr einfach.

Bei den Items, die aus statistischen Gründen nicht in den Punktwert aufgenommen wurden (PHL37#–PHL41#), wird am schwierigsten erachtet, „einzuschätzen, auf welche sozialen Unterstützungsmöglichkeiten Patientinnen/Patienten zurückgreifen können“ (Item PHL41#), was von immerhin 29,2 % der Ärztinnen/Ärzte als eher/sehr schwierig eingeschätzt wurde. Ähnlich wie die oben genannten Items kann die Berücksichtigung sozialer Unterstützungspotenziale je nach Situation, Diagnose und vermittelter Information zum Erfolg oder Misserfolg der Informations- und Wissensvermittlung und auch der Versorgungsgestaltung beitragen. Es handelt sich also um eine durchaus wichtige Aufgabe.

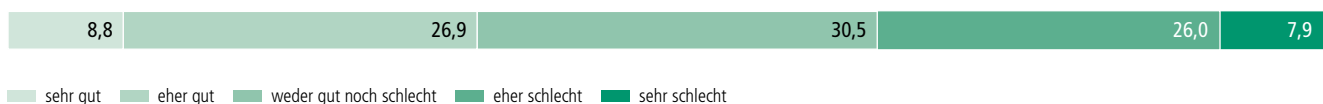
Recht einfach finden Befragte, „Informationen Schritt für Schritt so zu strukturieren und zu dosieren, dass Patientinnen/Patienten sie aufnehmen können“ (Item PHL37#; 11,4 % eher/sehr schwierig) und ebenfalls „Patientinnen/Patienten zu erklären, wie sie ihre Gesundheit auch über die Behandlung bzw. Pflege hinaus stärken“ (Item PHL39#), also auch etwas für die Gesundheitsförderung tun können. Lediglich 11,2 % halten dies für eher/sehr schwierig. „Einzuschätzen, ob das Hör- oder Sehvermögen von Patientinnen/Patienten eingeschränkt ist“ fällt Befragten unter den nicht berücksichtigten Items am einfachsten (PHL40#; 8,7 % eher/sehr schwierig).

Abbildung 1-17: **Ärztinnen/Ärzte: Informations- und Wissensvermittlung nach Teilbereichen**; Einzelitems in Prozent; „Wie einfach oder schwierig ist es für Sie, ...“



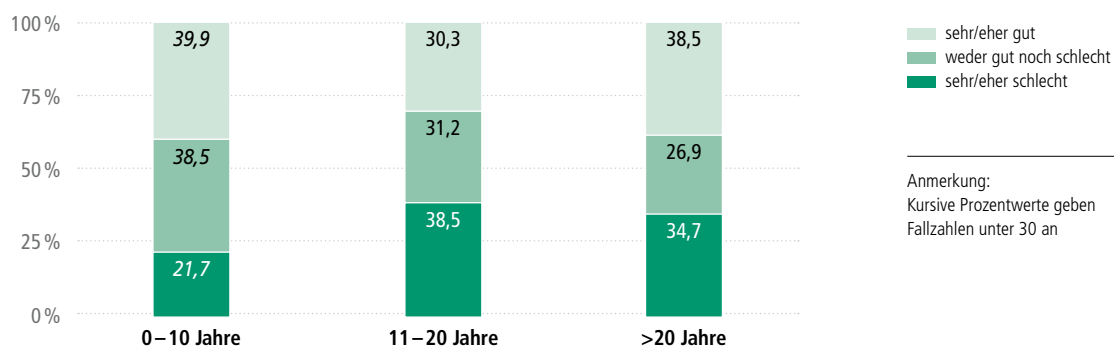
Auf die Frage, wie gut sich Ärztinnen/Ärzte durch *ihre Ausbildung/Studium* auf den Aufgabenbereich „Informations- und Wissensvermittlung“ vorbereitet fühlen, antworten nur 8,8 % mit sehr gut und 26,9 % mit eher gut (Abbildung 1-18). Insgesamt ein gutes Drittel (33,9 %) fühlt sich dagegen eher oder sehr schlecht vorbereitet. Dies ist eine deutlich schlechtere Einschätzung der Ausbildung/des Studiums als bei dem Aufgabenbereich „Informations- und Wissensmanagement.“

Abbildung 1-18: **Ärztinnen/Ärzte: „Wie gut hat Ihre eigene Ausbildung Sie auf die Vermittlung und Erklärung von Informationen vorbereitet?“**; in Prozent



Betrachtet man die Bewertung der Vorbereitung durch die Ausbildung für diesen Aufgabenbereich nach Berufsdauer, lässt sich für die Gesamtskala kein statistisch signifikanter Zusammenhang feststellen (Abbildung 1-19). Unabhängig davon fällt auf, dass Ärztinnen/Ärzte, bei denen das Studium/die Ausbildung kürzer zurückliegt, die Vorbereitung auf die Informations- und Wissensvermittlung tendenziell positiver bewerten als diejenigen, bei denen dies länger her ist. Von den Ärztinnen/Ärzten mit 0–10 Jahren Berufsdauer schätzen nur 21,7 % die Vorbereitung durch ihr Studium/ihre Ausbildung auf Aufgaben der Informations- und Wissensvermittlung als eher/sehr schlecht ein. Dagegen liegt dieser Anteil mit 38,5 % bzw. 34,7 % bei denen mit längerer Berufsdauer deutlich höher, wenngleich dies nicht statistisch signifikant ist.

Abbildung 1-19: **Ärztinnen/Ärzte: „Wie gut hat Ihre eigene Ausbildung Sie auf die Vermittlung und Erklärung von Informationen vorbereitet?“**; nach Berufsdauer in Prozent



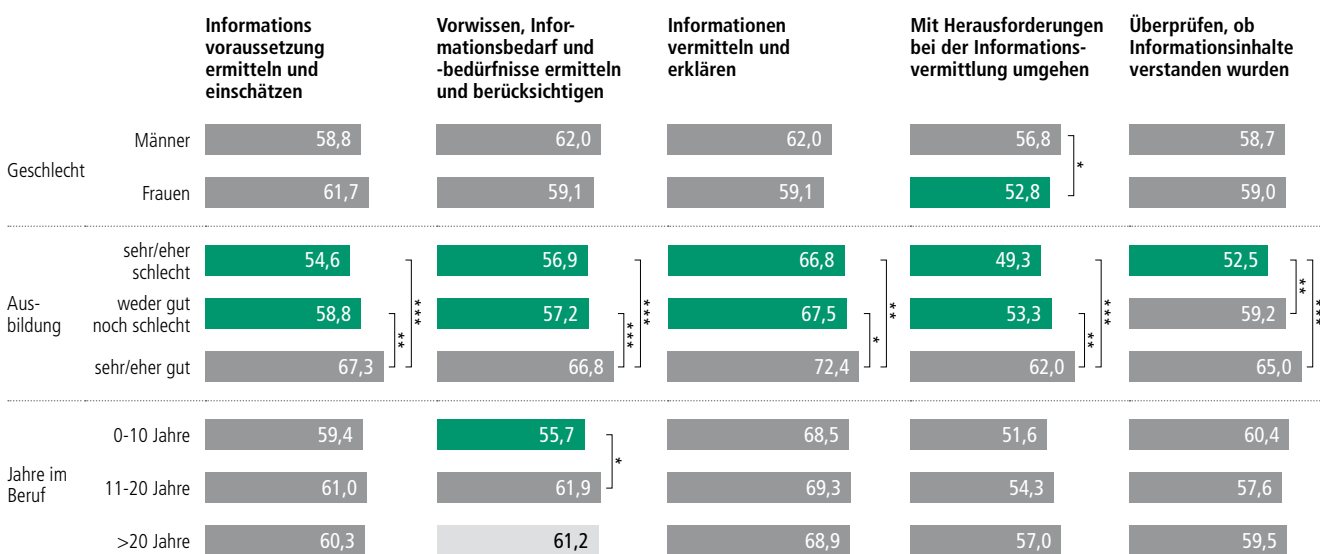
Die *bivariate Differenzierung* nach Berufs- und Geschlechtsmerkmalen (Abbildung 1-20) zeigt, dass Befragte, die die Vorbereitung durch die Ausbildung auf die Informations- und Wissensvermittlung für eher/sehr gut halten, in allen Teilbereichen auch die hier anstehenden Aufgaben signifikant einfacher einschätzen.²⁷ Fast überall zeigt sich zudem eine Differenz zwischen denjenigen, die die Vorbereitung durch ihre Ausbildung als sehr/eher gut einschätzen, und denjenigen, die sie indifferent bewerten.²⁸

27 Der Unterschied zwischen sehr/eher schlecht und sehr/eher gut liegt dabei zwischen 5,6 Punkten bei „Informations vermitteln und erklären“ und 12,7 Punkten sowohl bei „Informationsvoraussetzungen ermitteln und einschätzen“ als auch bei „Mit Herausforderungen bei der Informationsvermittlung umgehen“.

28 Der Unterschied über die verschiedenen Teilbereiche reicht von 4,9 bis 8,7 Punkten.

Darüber hinaus zeigen sich bei dem vierten Teilbereich „Mit Herausforderungen bei der Informationsvermittlung umgehen“ Unterschiede nach dem Geschlecht: Ärztinnen halten den Umgang mit diesen Herausforderungen für etwas schwieriger als Ärzte. Signifikante Unterschiede in Abhängigkeit von der Berufsdauer zeigen sich ausschließlich für den zweiten Teilbereich „Vorwissen, Informationsbedarf und -bedürfnisse ermitteln und berücksichtigen“. Dabei bewerteten Befragte mit kürzerer Berufsdauer (0–10 Jahre) diesen Teilbereich als schwieriger als Befragte mit mittlerer Berufsdauer (11–20 Jahre).

Abbildung 1-20: **Ärztinnen/Ärzte: Teilbereiche der Informations- und Wissensvermittlung nach Berufsmerkmalen und Geschlecht;** Punktwert von 0 (schwierig) – 100 (einfach)



*** p<0,001 ** p<0,01 * p<0,05

■ Gruppe mit niedrigstem Score-Wert ■ Gruppe mit höchstem Score-Wert ■ Gruppe mit mittlerem Score-Wert
 ■ Gruppe unterscheidet sich nicht signifikant von anderen Gruppen

Anm.: Gruppen mit derselben Farbe unterscheiden sich nicht signifikant voneinander

In der *Regressionsanalyse* bestätigt sich der Zusammenhang zwischen der Bewertung der Vorbereitung durch die Ausbildung und der Fähigkeit zur Informations- und Wissensvermittlung weitestgehend. Eine eher/sehr gute Bewertung der eigenen Ausbildung geht mit einer einfacheren Einschätzung der Aufgabenbewältigung bei allen außer dem dritten Teilbereich „Informationen vermitteln und erklären“ einher.

Auch in der *Regressionsanalyse* zeigt sich der Zusammenhang zwischen längerer Berufsdauer und einer leichteren Aufgabenrealisierung für den zweiten Teilbereich „Vorwissen, Informationsbedarf und -bedürfnisse ermitteln und berücksichtigen“. Neu kommt der Zusammenhang zwischen Berufsdauer und Schwierigkeiten bei der Aufgabenrealisierung bei dem vierten Teilbereich „Mit Herausforderungen bei der Informationsvermittlung umgehen“ hinzu. Der in der bivariaten Analyse aufgezeigte Unterschied zwischen Ärztinnen und Ärzten in diesem Teilbereich bleibt unter Kontrolle der übrigen Faktoren jedoch nicht bestehen.

4.2.2 Pflegefachpersonen

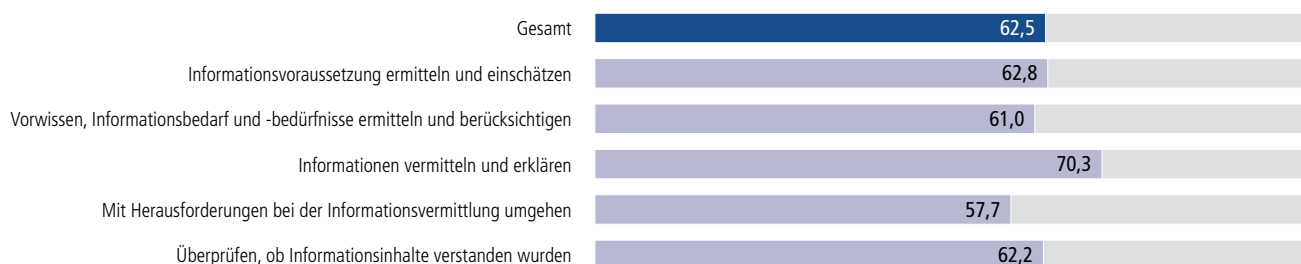
Bei den Pflegefachpersonen beträgt der zusammengefasste Punktwert für den Aufgabenbereich „Informations- und Wissensvermittlung“ 62,5 Punkte (Abbildung 1-21). Damit schätzen auch

die befragten Pflegekräfte ihn als den zweitschwierigsten Aufgabenbereich ein, halten ihn aber für geringfügig leichter als die befragten Ärztinnen/Ärzte.

Bei den Pflegefachpersonen weisen die drei Teilbereiche, in denen es darum geht, die Informationsvoraussetzungen und den Kenntnisstand von Patientinnen/Patienten zu ermitteln und zu berücksichtigen sowie die Ergebnisse zu überprüfen, ebenfalls einen sehr ähnlichen Schwierigkeitsgrad auf. Im *ersten Teilbereich* „Informationsvoraussetzungen ermitteln und einschätzen“ erreichen die Pflegekräfte 62,8 Punkte. Der Punktwert für den sich inhaltlich *direkt anschließenden zweiten Teilbereich* „Vorwissen, Informationsbedarf und -bedürfnisse ermitteln und berücksichtigen“ beträgt 61 Punkte, für den *fünften Teilbereich* „Überprüfen, ob Informationsinhalte verstanden wurden“ 62,2 Punkte.

Am schwierigsten ist auch für Pflegefachpersonen mit 57,7 Punkten der *vierte Teilbereich* „Mit Herausforderungen bei der Informationsvermittlung umgehen“. Am leichtesten schätzen sie den *dritten Teilbereich* „Informationen vermitteln und erklären“ ein, bei dem sie 70,3 Punkte erzielen. Die Ergebnisse entsprechen denen der Ärztinnen/Ärzte.

Abbildung 1-21: Pflegefachpersonen: Gesamtpunkt看wert und Punktwerte für die fünf Teilbereiche der Informations- und Wissensvermittlung; Punktwert von 0 (schwierig) – 100 (einfach)



Die größten Schwierigkeiten bereitet auch Pflegefachpersonen im *ersten Teilbereich*, zu ermitteln, „inwieweit kulturelle Unterschiede das gegenseitige Verständnis erschweren“ (Item PHL11; Abbildung 1-22): 30,8 % halten dies für eher/sehr schwierig. In Erfahrung zu bringen und einzuschätzen, „inwieweit Patientinnen/Patienten in der Lage sind, mit Informationen über Krankheits- und Gesundheitsthemen umzugehen“ (Item PHL10) fällt einem Viertel (25,5 %) der Pflegefachpersonen eher/sehr schwer. Für 17,9 % gilt dies auch mit Blick darauf, „einzuschätzen, wie konzentrationsfähig oder aufnahmefähig Patientinnen/Patienten sind“ (Item PHL9). Am leichtesten betrachten sie mit einem Anteil von 7,8 % als eher/sehr schwierig, „einzuschätzen, ob Patientinnen/Patienten dem Gespräch folgen können“ (Item PHL8). Mehr als ein Viertel (25,3 %) findet dies zudem sehr einfach, fast drei Viertel (72 %) eher/sehr einfach.

Bei dem *zweiten Teilbereich* „Vorwissen, Informationsbedarf und -bedürfnisse ermitteln und berücksichtigen“ wirft vor allem die Aufgabe, „das Vorwissen von Patientinnen/Patienten einzuschätzen“ (Item PHL12) Schwierigkeiten auf: 20,3 % der Befragten halten dies für eher/sehr schwierig. Für 13,9 % trifft diese Einschätzung auch darauf zu, „in Erfahrung zu bringen, inwieweit und an welcher Art von Informationen Patientinnen/Patienten interessiert sind“ (Item PHL13). Am leichtesten fällt in diesem Teilbereich, „die Vermittlung von Informationen an das Vorwissen der Patientinnen/Patienten anzupassen“ (Item PHL14): 11,1 % hält dies für eher/sehr schwierig.

Bei dem *dritten*, dem leichtesten *Teilbereich* „Informationen vermitteln und erklären“ wird am schwierigsten eingeschätzt, „Informationen so zu erklären, dass Patientinnen/Patienten sie im Alltag berücksichtigen“ (Item PHL17; 9,3% eher/sehr schwierig), und „gut beurteilen

können“ (Item PHL16; 4,8 % eher/sehr schwierig). Aber auch dieser Anteil ist sehr niedrig, was den insgesamt niedrigen Schwierigkeitsgrad der abgefragten Aufgaben in diesem Teilbereich widerspiegelt. Am einfachsten wird eingeschätzt, „Informationen so zu erklären, dass Patientinnen/Patienten sie gut verstehen können“ (Item PHL15). Nur 4,1 % finden dies eher/sehr schwierig, fast ein Viertel (23,6 %) hält die Aufgabe dagegen für sehr einfach, mehr als drei Viertel (77,3 %) eher/sehr einfach.

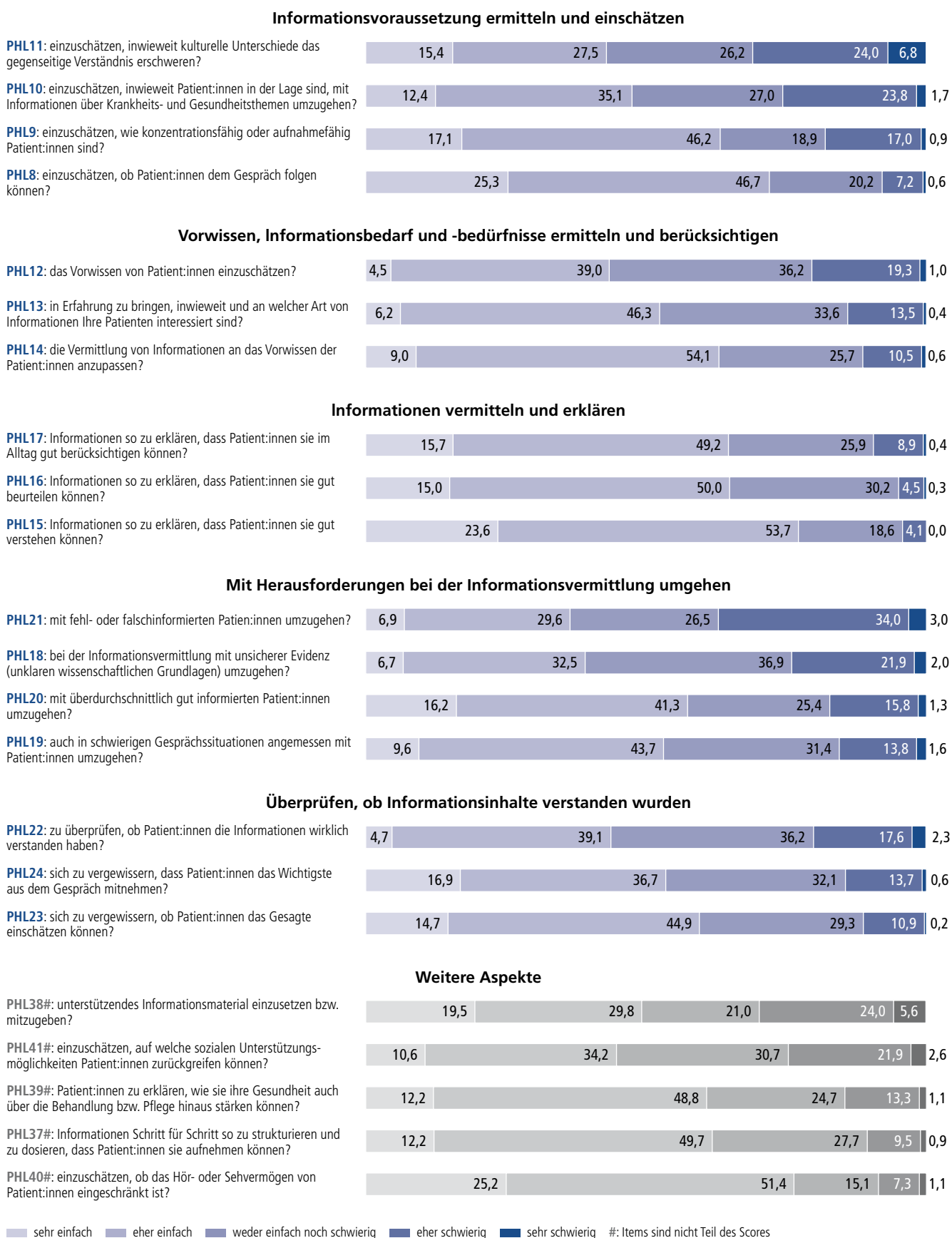
Im *vierten Teilbereich* „mit Herausforderungen bei der Informationsvermittlung umgehen“ wird am schwierigsten bewertet, „mit fehl- oder falschinformierten Patientinnen/Patienten umzugehen“ (Item PHL21). 37 % betrachten dies als eher/sehr schwierig. Mit etwas Abstand folgt, „bei der Informationsvermittlung mit unsicherer Evidenz umzugehen“ (Item PHL18), was 23,9 % eher/sehr schwierig finden. „Mit überdurchschnittlich gut informierten mit Patientinnen/Patienten umzugehen“ (Item PHL20; 17,1 % eher/sehr schwierig) und mit ihnen „auch in schwierigen Gesprächssituationen umzugehen“ (Item PHL19; 15,4 % eher/sehr schwierig) stellen hier die beiden leichteren Aufgaben dar.

Bei dem *fünften Teilbereich* „Überprüfen, ob Informationsinhalte verstanden wurden“ stellt die Aufgabe, zu „überprüfen, ob Patientinnen/Patienten die Informationen wirklich verstanden haben“ (Item PHL22), Pflegefachpersonen vor die größten Schwierigkeiten. 19,9 % halten dies für eher/sehr schwierig. „Sich zu vergewissern, dass Patientinnen/Patienten das Wichtigste aus dem Gespräch mitnehmen“ (Item PHL24; 14,3 % eher/sehr schwierig) und sie „das Gesagte einschätzen können“ (Item PHL23; 11,1 % eher/sehr schwierig) stellen das mittlere bzw. einfachste Item in diesem Teilbereich dar.

Betrachtet man auch hier, was im gesamten Aufgabenbereich „Informations- und Wissensvermittlung“ die fünf schwierigsten Items sind, führt das Item „mit fehl- oder falschinformierten Patientinnen/Patienten umzugehen“ (Item PHL21) die Liste an. 37 % bewerten es als eher/sehr schwierig. Daran schließt sich mit 30,8 % an zweiter Stelle an, „einzuschätzen, inwieweit kulturelle Unterschiede das gegenseitige Verständnis erschweren“ (Item PHL11). Ein gutes Viertel (25,5 %) findet auf dem dritten Platz eher/sehr schwierig, „einzuschätzen, inwieweit Patientinnen/Patienten in der Lage sind, mit Informationen über Krankheits- und Gesundheitsthemen umzugehen“ (Item PHL10). An vierter Stelle steht auf ähnlichem Niveau die Aufgabe, „bei der Informationsvermittlung mit unsicherer Evidenz umzugehen“ (Item PHL18), die 23,9 % Schwierigkeiten bereitet. An fünfter Stelle rangiert das Item, „das Vorwissen von Patientinnen/Patienten einzuschätzen“ (Item PHL12): 20,3 % der Befragten finden dies eher/sehr schwierig.

Am einfachsten (eher/sehr einfach) ist für Pflegende hingegen, „Informationen so zu erklären, dass Patientinnen/Patienten sie gut verstehen können“ (Item PHL15), was 23,6 % als sehr einfach und mehr als drei Viertel (77,3 %) als eher/sehr einfach angeben. An zweiter Stelle folgt, „einzuschätzen, ob Patientinnen/Patienten dem Gespräch folgen können“ (Item PHL8). 25,3 % halten dies für sehr einfach, fast drei Viertel (72 %) für eher/sehr einfach.

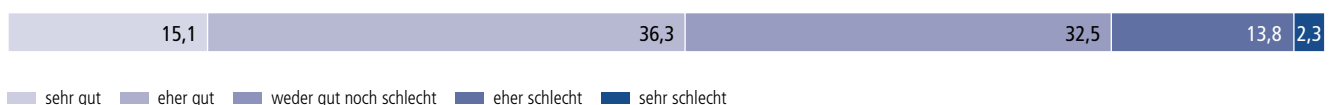
Bei den nicht in die Berechnung des Punktwerts einbezogenen Items (PHL37#–PHL41#) fallen insbesondere zwei Aufgaben auf. „Unterstützendes Informationsmaterial einzusetzen bzw. mitzugeben“ (Item PHL38#) beurteilen 29,6 % als eher/sehr schwierig. Wie die Ergebnisse zeigen, dürfte dies zum größten Teil an der unzureichenden Verfügbarkeit geeigneten Informationsmaterials liegen. Denn danach gefragt, ob sie „oder ihre Einrichtung über geeignete, weiterführende Informationsmaterialien“ verfügen (nicht in Abbildung 1-22 dargestellte Folgefrage zu PHL38#), geben 57,8 % an, dass dies nicht der Fall ist. Aber auch „einzuschätzen, auf welche sozialen Unterstützungsmöglichkeiten Patientinnen/Patienten zurückgreifen können“ (Item PHL41#), stellt Pflegefachpersonen vor Herausforderungen: Fast ein Viertel (24,5 %) findet dies eher/sehr schwierig.

Abbildung 1-22: **Pflegefachpersonen: Informations- und Wissensvermittlung nach Teilbereichen; Einzelitems in Prozent; „Wie einfach oder schwierig ist es für Sie,...“**

Deutlich einfacher bewerten sie, „Patientinnen/Patienten zu erklären, wie sie ihre Gesundheit auch über die Behandlung bzw. Pflege hinaus stärken können“ (Item PHL39#; 14,4 % eher/sehr schwierig) und „Informationen Schritt für Schritt so zu strukturieren und zu dosieren, dass Patientinnen/Patienten sie aufnehmen können“ (Item PHL37#; 10,4 % eher/sehr schwierig).

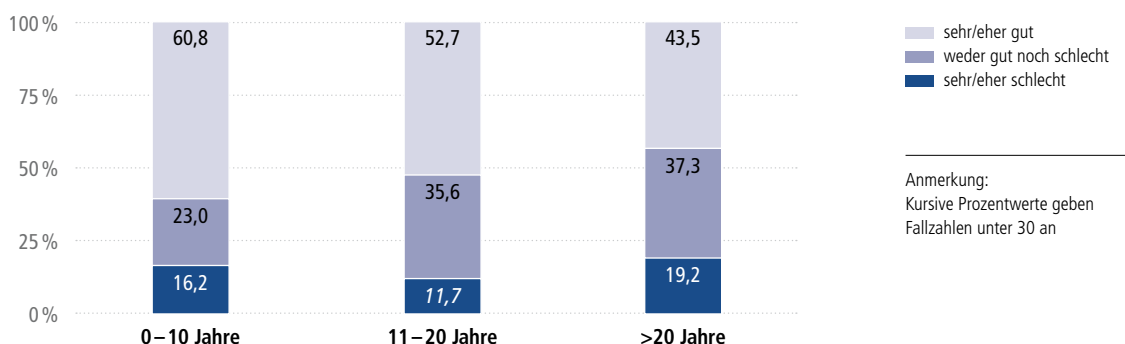
Von den befragten Pflegefachpersonen geben 16,1 % an, dass ihre *Ausbildung* sie eher/sehr schlecht auf Aufgaben bei der Informations- und Wissensvermittlung vorbereitet hat (Abbildung 1-23). Mehr als die Hälfte (51,4 %) fühlt sich dagegen eher/sehr gut durch die Ausbildung auf die Aufgaben in diesem Bereich vorbereitet. Knapp ein Drittel der Pflegenden (32,5 %) antwortet indifferent.

Abbildung 1-23: Pflegefachpersonen: „Wie gut hat Ihre eigene Ausbildung Sie auf die Vermittlung und Erklärung von Informationen vorbereitet?“; in Prozent



Betrachtet man den bivariaten Zusammenhang zwischen Berufsdauer und Bewertung der Vorbereitung auf die Informations- und Wissensvermittlung durch die Ausbildung (Abbildung 1-24), wird deutlich, dass Pflegefachpersonen mit längerer Berufsdauer (>20 Jahre) die Vorbereitung auf die Informationsvermittlung durch ihre Ausbildung weniger gut bewerten als Befragte in den Gruppen mit weniger Erfahrung (0–10 und 11–20 Jahre): Von ihnen geben 43,5 % an, sich eher/sehr gut vorbereitet zu fühlen, wohingegen dies bei Befragten mit kürzerer Berufsdauer (0–10 Jahre: 60,8 %; 11–20 Jahre: 52,7 %) häufiger der Fall ist. Dies deutet sich auch in der Korrelationsanalyse mit einem schwachen Zusammenhang an (Korrelation: $\rho = -0,141$, $p < 0,001$): Je geringer die Zahl der Berufsjahre, desto besser fühlen sich Pflegenden durch die Ausbildung auf die Vermittlung und Erklärung von Informationen vorbereitet.

Abbildung 1-24: Pflegefachpersonen: „Wie gut hat Ihre eigene Ausbildung Sie auf die Vermittlung und Erklärung von Informationen vorbereitet?“; nach Berufsdauer in Prozent

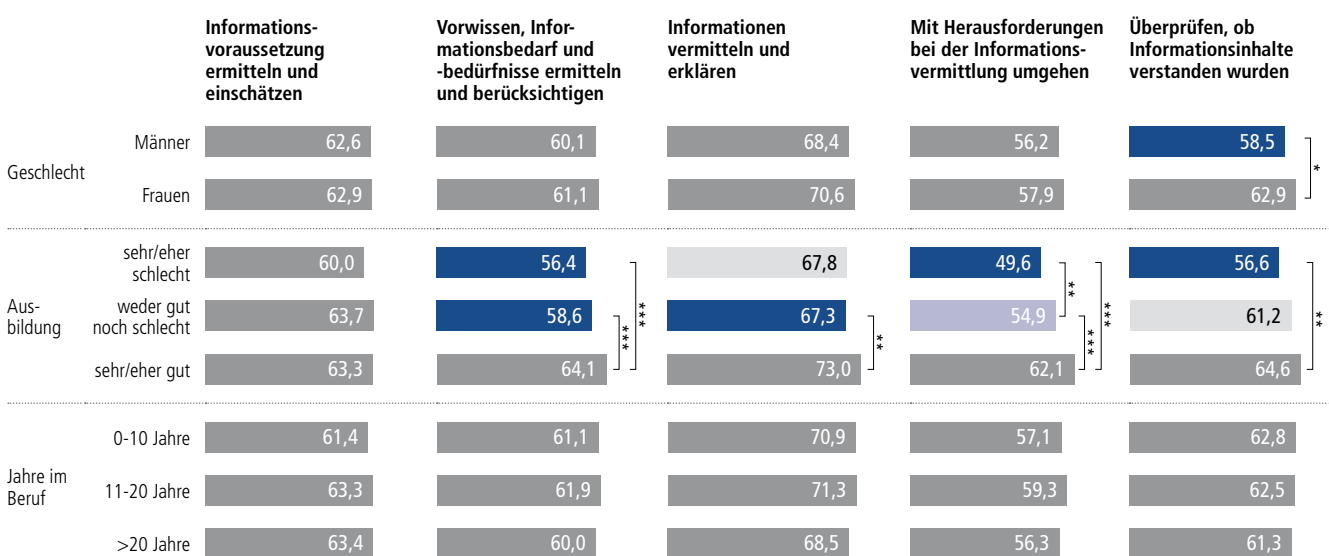


Bei der *bivariaten Analyse* der fünf zur Informations- und Wissensvermittlung gehörenden Teilbereiche nach Geschlecht und Berufsmerkmalen (Abbildung 1-25) zeigen sich für den ersten Teilbereich „Informationsvoraussetzungen ermitteln und einschätzen“ keine signifikanten Unterschiede nach den betrachteten Merkmalen. In allen anderen Teilbereichen wird dagegen ein Zusammenhang zwischen der Bewertung der Ausbildung und der Einschätzung des Schwierigkeitsgrads deutlich: Wird die Ausbildung positiv bewertet, fallen auch die Aufgaben

in den Teilbereichen leichter.²⁹ Für den fünften Teilbereich „Überprüfen, ob Informationsinhalte verstanden wurden“ ergibt sich zudem ein signifikanter Unterschied zwischen Pflegefachfrauen/ Pflegefachmännern: Erstere erachten die abgefragten Aufgaben in diesem Bereich leichter als ihre männlichen Kollegen.

Die *multivariate Regressionsanalyse* bestätigt die Ergebnisse durchgehend: Der positive Zusammenhang zwischen einer eher/sehr gut bewerteten Ausbildung und dem empfundenen Schwierigkeitsgrad zeigt sich auch unter Kontrolle des Geschlechts und der Berufsdauer bei vier von fünf Teilbereichen.

Abbildung 1-25: **Pflegefachpersonen: Teilbereiche der Informations- und Wissensvermittlung nach Berufsmerkmalen und Geschlecht**; Punktwert von 0 (schwierig) – 100 (einfach)



*** p < 0,001 ** p < 0,01 * p < 0,05

■ Gruppe mit niedrigstem Score-Wert ■ Gruppe mit höchstem Score-Wert ■ Gruppe mit mittlerem Score-Wert
 □ Gruppe unterscheidet sich nicht signifikant von anderen Gruppen

Anm.: Gruppen mit derselben Farbe unterscheiden sich nicht signifikant voneinander

4.2.3 Vergleichende Betrachtung

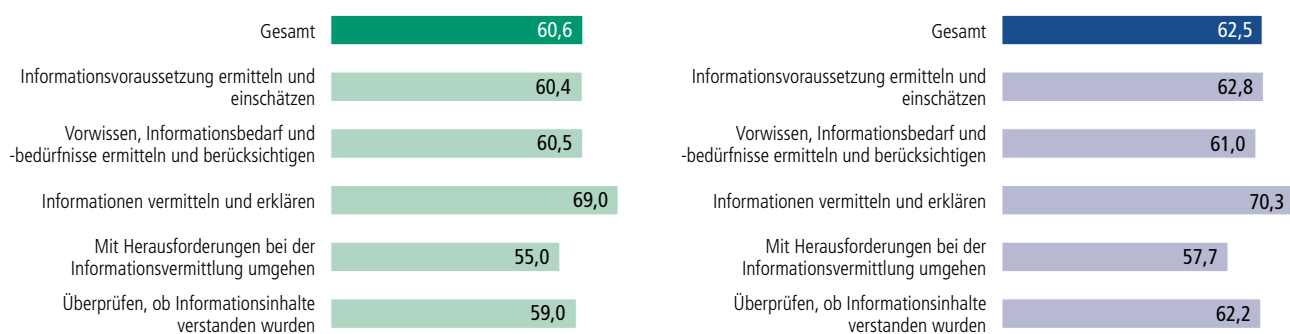
Abschließend sollen auch hier die Ergebnisse in diesem für beide Gesundheitsprofessionen/-berufe zweitschwierigsten Aufgabenbereich kontrastiert werden. Zunächst fällt auf, dass nicht nur der Gesamtpunktwert hier bei beiden Gesundheitsprofessionen/-berufen sehr ähnlich ist, sondern auch die Rangfolge der einzelnen Teilbereiche dieses Aufgabenbereichs: Am schwierigsten schätzen beide Gruppen den Teilbereich „Mit Herausforderungen bei der Informationsvermittlung umgehen“ ein und am einfachsten den Teilbereich „Informationen vermitteln und erklären“ (Abbildung 1-26). Auch die restlichen drei rangieren auf jeweils ähnlichem Niveau, werden aber durchgängig von den Pflegefachpersonen als etwas leichter eingeschätzt.

Im Vergleich zu den anderen Aufgabenbereichen lassen sich bei der Rangfolge der *Einzelaufgaben* allerdings häufiger Unterschiede feststellen; das Ausmaß ist jedoch moderat.

29 Der Unterschied zwischen sehr/eher schlecht und sehr/eher gut liegt für diese Teilbereiche zwischen 5,2 Punkten bei „Informationen vermitteln und erklären“ und 12,5 Punkten bei „mit Herausforderungen bei der Informationsvermittlung umgehen“.

Die als am schwierigsten eingeschätzte Aufgabe in diesem Bereich stellt für beide Gesundheitsprofessionen/-berufe dar, „mit fehl- oder falschinformierten Patienten umzugehen“ (Item PHL21; Abbildung 1-27). Ähnlich, wenngleich nicht ganz so schwierig ist für sie, „mit überinformierten Patientinnen/Patienten umzugehen“ (Item PHL20; Abbildung 1-27). Verständlich wird dies, vergegenwärtigt man sich, dass es sich sowohl bei der Korrektur von Fehl- und Falschinformation wie auch dem Umgang mit einem Übermaß an Informationen, bei dem oft erst das Wesentliche herausdestilliert werden muss, um anspruchsvolle und zeitlich aufwändige Aufgaben handelt.

Abbildung 1-26: Informations- und Wissensmanagement; Punktwerte von 0 (schwierig) – 100 (einfach) für Ärztinnen/Ärzte (■) und Pflegefachpersonen (■)



Zu ermitteln, „inwieweit kulturelle Unterschiede das Verständnis erschweren“ (Item PHL11) steht bei beiden Gesundheitsprofessionen/-berufen an zweiter Stelle der schwierigsten Aufgaben. Das ist deshalb beachtenswert, weil in Deutschland inzwischen gut jede vierte Person (27,2 % in 2021) einen Migrationshintergrund aufweist (Statistisches Bundesamt, 2022b) und die Forderung, das Gesundheitssystem an diese Entwicklung anzupassen und es diversitäts- und kultursensibel zu verändern und die Gesundheitsprofessionen/-berufe entsprechend zu qualifizieren, nicht neu ist (ex. Adam et al., 2019; Ilkic, 2021; SGW, 2020).

Mit Blick auf die vier Schritte der Informationsvermittlung (Sørensen et al., 2012), zeigt sich, dass es beide Gesundheitsprofessionen/-berufe vergleichsweise einfach finden, Informationen so zu erklären, dass sie von Patientinnen/Patienten verstanden, eingeschätzt und genutzt werden können (Item PHL15-PHL17); sie gut verständlich zu erklären (Item PHL15), betrachten beide Gesundheitsprofessionen/-berufe sogar als leichteste von allen hier an sie gestellten Aufgaben.³⁰ Auch „Informationen so zu erklären, dass sie gut beurteilt werden können“ (Item PHL16), wird als vergleichsweise einfach eingestuft (7,5 % Ärztinnen/Ärzte bzw. 4,9 % Pflegefachkräfte eher/sehr schwierig). Diese Befunde fallen nicht zuletzt deshalb auf, weil es sich hier um anspruchsvolle Aufgaben handelt, vor allem, wenn sie systematisch und evidenzbasiert und nicht vorrangig intuitiv wahrgenommen werden.

³⁰ Dies steht in gewissem Widerspruch zu den Ergebnissen der zweiten Studie zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland (HLS-GER 2). Dort haben mehr als ein Drittel der Befragten (34,9 %) angegeben, die Erklärung einer Gesundheitsprofession/eines -berufs nicht richtig verstanden zu haben. Für zwei Drittel kommt dies am häufigsten bei Fachärztinnen/-ärzten (67 %) vor, für 33 % bei Hausärztinnen/-ärzten (Schaeffer et al., 2021a, S. 59f.). Zudem halten es 46,5 % beispielsweise für (sehr) schwierig, Begriffe zu verstehen, die ihr/e Ärztin/Arzt verwendet (ebd., S., 83). Hier deutet sich eine Perspektivenungleichheit an.

Abbildung 1-27: **Informations- und Wissensvermittlung; Anteil „eher schwierig“ oder „sehr schwierig“** für Einzelitems für **Ärztinnen/Ärzte (■)** und **Pflegefachpersonen (■)** in Prozent



Ergänzend soll kurz die Vorbereitung durch die *Ausbildung* auf den Aufgabenbereich Informations- und Wissensvermittlung betrachtet werden. Hier zeigen sich *Unterschiede* zwischen beiden Gesundheitsprofessionen/-berufen: Denn Ärztinnen/Ärzten schätzen die Vorbereitung auf die Informations- und Wissensvermittlung durch die Ausbildung deutlich schlechter ein als Pflegefachpersonen: 33,9 %, also gut ein Drittel der Ärztinnen/Ärzte, gibt an, eher/sehr schlecht auf die Informations- und Wissensvermittlung vorbereitet worden zu sein, bei den Pflegefachpersonen sind es nur 16,1 %. Die deutlich schlechtere Bewertung der Ärztinnen/Ärzte dürfte unter anderem damit zusammenhängen, dass die Auseinandersetzung mit edukativen und didaktischen Fragen im Medizinstudium bisher kaum eine Rolle spielt.

Festzuhalten ist insgesamt, dass in diesem Aufgabenbereich – dem für beide Gesundheitsprofessionen/-berufe zweitschwierigsten von allen Aufgabenbereichen – offensichtlich eine ganze Reihe an Herausforderungen bestehen – vor allem, wenn die Informations- und Wissensvermittlung weniger intuitiv, sondern systematisch erfolgen soll. Die Ergebnisse unterstreichen damit, dass dieser Aufgabenbereich künftig größere Aufmerksamkeit erhalten sollte, zumal ihm nicht nur im Rahmen der Förderung von Gesundheitskompetenz, sondern generell im Alltag beider Gesundheitsprofessionen/-berufen hohe und wachsende Bedeutung zukommt. Die Zusammenhangsanalyse unterstreicht dies, denn für beide Gesundheitsprofessionen/-berufe zeigt sie, dass eine bessere Bewertung der Vorbereitung durch die Ausbildung mit einer leichteren Aufgabenrealisierung einhergeht.

4.3 Exkurs – Vertrautheit mit dem Konzept und ausgewählten Methoden zur Förderung der Gesundheitskompetenz

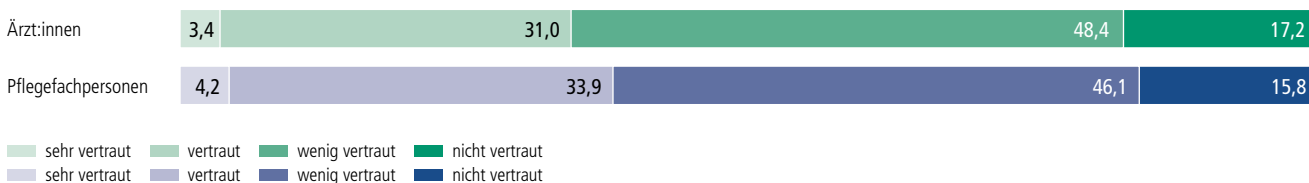
In Deutschland wird seit knapp 10 Jahren über Gesundheitskompetenz diskutiert – zunächst vornehmlich in der Forschung. Mit dem Erscheinen erster Studien mit ersten empirischen Befunden zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland (Jordan & Hoebel, 2015; Schaeffer et al., 2016; Zok, 2014), stieß das Thema langsam bei den Gesundheitsprofessionen/-berufen auf größere Resonanz – dies vor allem auf der Verbandsebene. Seither zeigen Studien immer wieder, dass die Förderung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung eine wichtige Aufgabe in Deutschland darstellt, bei der den Gesundheitsprofessionen/-berufen eine bedeutende Rolle zukommt (ebd.; Hurrelmann et al., 2020; Schaeffer et al., 2021a; Berens et al., 2022a). Damit sie diese Rolle wahrnehmen können, ist allerdings erforderlich, dass sie das Konzept Gesundheitskompetenz sowie Methoden zu Förderung der Gesundheitskompetenz kennen und mit ihm vertraut sind. Inwieweit dies vorausgesetzt werden kann, wurde ebenfalls in dieser Studie untersucht.

Zentrale Ergebnisse auf einen Blick

- Fast zwei Drittel der Ärztinnen/Ärzte sowie über 60 % der Pflegefachpersonen sind nicht oder wenig vertraut mit dem Gesundheitskompetenzkonzept.
- Bei den erfragten Methoden zur Förderung der Gesundheitskompetenz („Health Literacy Skills“) geben 57,3 % der Ärztinnen/Ärzte an, wenig oder nicht mit „Ask me 3“ – auch bekannt unter „3 Fragen für meine Gesundheit“ – vertraut zu sein. 48,8 % der Pflegefachpersonen kennen die Methode ebenfalls wenig oder nicht.
- Die Methoden „Teach back“ und „Chunk and check“ sind Ärztinnen/Ärzten besser bekannt. Ungefähr 39 % geben an, mit diesen beiden Methoden wenig oder nicht vertraut zu sein. 44,5 % der Pflegenden sind wenig oder nicht mit der „Teach back“ Methode vertraut. Für „Chunk and check“ trifft dies auf 40,3 % zu.

Das Ergebnis: Knapp zwei Drittel der befragten Ärztinnen/Ärzte (65,6 %) ist das Gesundheitskompetenzkonzept wenig oder nicht vertraut (Abbildung 1-28). Lediglich 31 % geben an, vertraut und 3,4 % sehr vertraut damit zu sein. Ein ähnliches Bild ergibt sich bei den befragten Pflegefachpersonen: 61,9 % von ihnen ist das Konzept Gesundheitskompetenz wenig oder nicht vertraut.

Abbildung 1-28: „Wie vertraut sind Sie mit dem Konzept Gesundheitskompetenz?"; Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen in Prozent



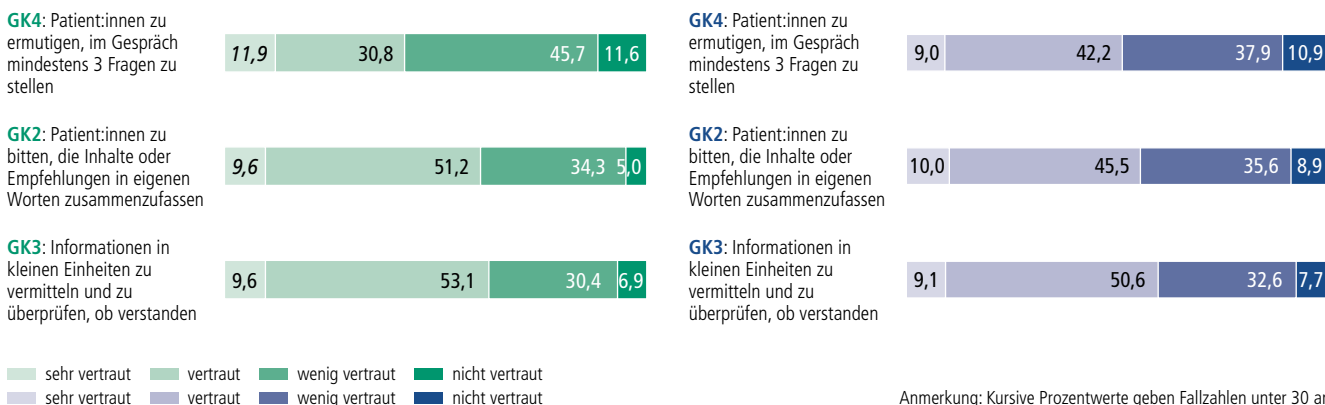
Ergänzend wurden die Gesundheitsprofessionen/-berufe danach befragt, ob und inwieweit sie mit den sogenannten „Health Literacy Skills“, also mit den Methoden, die zur Förderung der Gesundheitskompetenz ihrer Patientinnen/Patienten beitragen (Items GK2, GK3, GK4), vertraut sind. Die erfragten Methoden zielen darauf,

- a. Informationen auf gut verständliche Einheiten zuzuschneiden („Chunk and check“),
- b. zu prüfen, ob vermittelte Informationen verstanden wurden, indem Rezipienten gebeten werden, die Kerninhalte in eigenen Worten wiederzugeben („Teach back“) und
- c. zu gezielten Nachfragen anzuregen („Ask me 3“; auch bekannt unter: „3 Fragen für meine Gesundheit“).

Zur besseren Wiedererkennung wurde die jeweilige Methode bei der Befragung kurz erläutert, da davon ausgegangen wurde, dass die Methoden – obschon auch in Deutschland eine entsprechende Methodensammlung vorliegt (Schmidt-Kaehler et al., 2017) –, in der Praxis nach wie vor relativ unbekannt sind.

Darauf lassen auch die Untersuchungsergebnisse schließen. 57,3 % der befragten *Ärztinnen/Ärzte* geben an, mit „Ask me 3“ (Item GK4) wenig oder nicht vertraut zu sein (Abbildung 1-29). Die beiden anderen Methoden sind ihnen dagegen vertrauter: Die „Teach back“ Methode (Item GK3) ist 39,3 % der *Ärztinnen/Ärzte* wenig oder nicht bekannt, für „Chunk and check“ (Item GK2) gilt dies wiederum für 37,3 %.

Abbildung 1-29: Methoden zur Förderung der Gesundheitskompetenz; Einzelitems für *Ärztinnen/Ärzte* (■) und *Pflegefachpersonen* (■) in Prozent; „Und wie vertraut sind Sie mit den folgenden Methoden, um Patientinnen/Patienten im Umgang mit Informationen zu unterstützen?“



Anmerkung: Kursive Prozentwerte geben Fallzahlen unter 30 an

Die befragten *Pflegekräfte* geben zu 48,8 % an, nicht oder wenig vertraut mit „Ask me 3“ zu sein (Abbildung 1-29). Bei der „Teach back“ Methode (Item GK2) sind es 44,5 %. „Chunk and Check“ (Item GK3) ist 40,3 % der Pflegefachkräfte wenig oder nicht bekannt.

Bei beiden Gesundheitsprofessionen/-berufen zeigt sich ein ähnliches Maß an Vertrautheit mit den abgefragten Health Literacy Skills: Es liegt bei ungefähr 40 % bis 60 % und ist als eher gering einzuschätzen. Konzipiert als Methoden, die zum grundlegenden Repertoire für die Förderung der Gesundheitskompetenz gehören sollten, ist eine bessere Bekanntheit und Vertrautheit jenseits der hier vorgefundenen Anteile erstrebenswert.

Die geringe Bekanntheit des Gesundheitskompetenzkonzepts und des bereits vorliegenden Methodenrepertoires erklärt sich u. a. dadurch, dass in Deutschland erst relativ kurze Zeit über Gesundheitskompetenz und die Förderung von Gesundheitskompetenz diskutiert wird. Dennoch weist sie darauf, dass weiterhin Informations- und Aufklärungsarbeit erforderlich ist (Schaeffer & Vogt, 2022).

4.4 Patientenzentrierte Kommunikation

Professionelle Gesundheitskompetenz beinhaltet auch die Fähigkeit zur patientenzentrierten Kommunikation. Denn mit der Abkehr vom wohlwollenden Paternalismus haben auch herkömmliche Kommunikations- und Interaktionsformen, die auf reiner Informationsweitergabe, einseitiger Aufklärung und Zielfestlegung basieren, an Bedeutung verloren. Stattdessen werden seit geraumer Zeit kooperative Interaktions- und Kommunikationsformen, dialogische Information, verständliche Erklärung auch in einfacher Sprache, gemeinsame Aushandlung und Entscheidungsfindung sowie Empowerment als zu erreichender Standard angesehen. Langsam halten diese und andere Formen der patientenzentrierten Kommunikation Einkehr in die Berufspraxis. Inwieweit sie dort inzwischen zum festen Bestandteil des Alltags gehören, ist allerdings unklar.³¹

Zentrale Ergebnisse auf einen Blick

- Ärztinnen/Ärzte erreichen im Aufgabenbereich „Patientenzentrierte Kommunikation“ einen Punktwert von 72,7. Pflegefachpersonen liegen mit einem Punktwert von 74,3 Punkten auf einem ähnlichen Niveau. Beide Gesundheitsprofessionen/-berufe bewerten ihn als den einfachsten Bereich.
- Am schwersten fällt es Ärztinnen/Ärzten, gemeinsam „mit Patientinnen/Patienten Ziele festzulegen und das weitere Vorgehen zu entscheiden“: 11,3 % bewerten dies als eher/sehr schwierig. An zweitschwierigster Stelle folgt, „Patientinnen/Patienten Raum zu geben, um Fragen zu stellen“. 9,7 % halten dies für eher/sehr schwierig. Für Pflegefachpersonen ergibt sich eine umgekehrte Reihenfolge: 14,3 % geben an, dass es ihnen eher/sehr schwerfällt, „Patientinnen/Patienten Raum zu geben, um Fragen zu stellen“; an zweiter Stelle folgt mit 12,5 %, „mit Patientinnen/Patienten Ziele festzulegen und das weitere Vorgehen zu entscheiden“.
- 37,3 % der Ärztinnen/Ärzte geben an, dass die eigene Ausbildung sie eher/sehr schlecht auf die sich bei der patientenzentrierten Kommunikation stellenden Aufgaben vorbereitet hat. Bei den Pflegefachpersonen beträgt dieser Anteil nur 13,8 %. Sie

³¹ Bei dem Konzept „patientenzentrierte Kommunikation“ handelt es sich um ein vielschichtiges Konstrukt, das hier nicht in all seinen Aspekten abgefragt wurde.

schätzen die Vorbereitung durch die Ausbildung demnach besser ein als Ärztinnen/Ärzte.

- Eine bessere Bewertung der eigenen Ausbildung geht bei beiden Gesundheitsprofessionen/-berufen mit einem geringeren Schwierigkeitsgrad bei der Erfüllung der einzelnen Teilbereiche einher.
- Bei Ärztinnen/Ärzten steht eine längere Berufsdauer im Zusammenhang mit einer als einfacher bewerteten Aufgabenrealisierung. Pflegefachfrauen haben bei der Aufgabenrealisierung weniger Schwierigkeiten als Pflegefachmänner.

4.4.1 Ärztinnen/Ärzte

Zunächst wird auch hier der Punktwert für den Bereich „Patientenzentrierte Kommunikation“ (Item PHL25 bis PHL30) dargestellt. Ärztinnen/Ärzte erreichen hier einen Punktwert von 72,7 (Abbildung 1-30), womit beinahe drei Viertel der möglichen Punktzahl erreicht wird. Die patientenzentrierte Kommunikation fällt ihnen am leichtesten von allen Aufgabenbereichen.

Abbildung 1-30: **Ärztinnen/Ärzte: Patientenzentrierte Kommunikation**; Punktwert von 0 (schwierig) – 100 (einfach)

Patientenzentrierte
Kommunikation

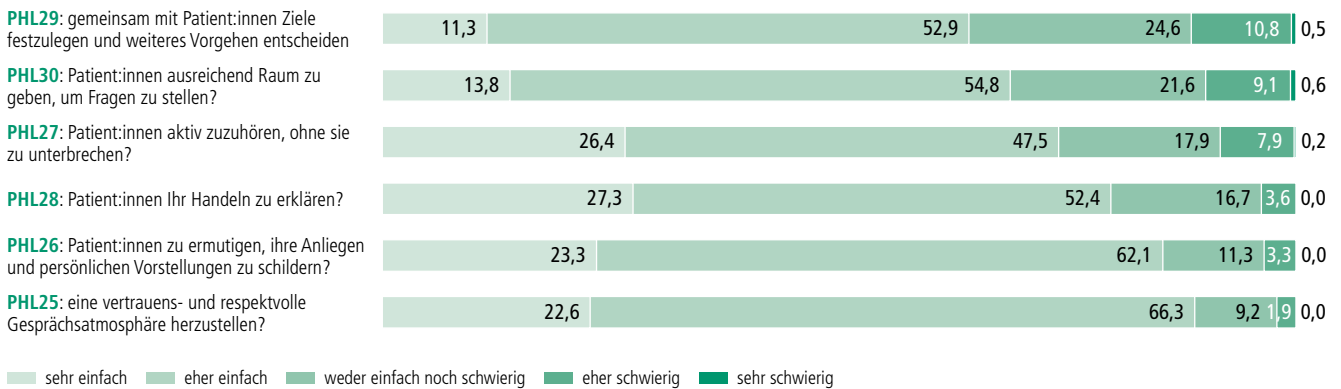
72,7

Am schwierigsten ist für die Ärztinnen/Ärzten in diesem Aufgabenbereich (Abbildung 1-31), „gemeinsam mit Patientinnen/Patienten Ziele festzulegen und das weitere Vorgehen zu entscheiden“ (Item PHL29). 11,3 % geben an, dies eher/sehr schwierig zu finden. Auf dem zweiten Platz der schwierigsten Aufgaben in diesem Bereich folgt, „Patientinnen/Patienten ausreichend Raum zu geben, um Fragen zu stellen“ (PHL30), was 9,7 % als eher/sehr schwierig bewerten. „Patientinnen/Patienten aktiv zuzuhören, ohne sie zu unterbrechen“ (Item PHL27), fügt sich hier mit 8,1 % (eher/sehr schwierig) als drittschwierigste Aufgabe ein.

Gleichwohl weisen die Ergebnisse auf nach wie vor bestehende Herausforderungen bei der Ermöglichung einer patientenzentrierten Kommunikation. Denn all diese Aufgaben eint, dass sie darauf zielen, Patientinnen/Patienten aktiv einzubeziehen, sie an Zielfestlegungen und Entscheidungen über ihre Behandlung und Gesundheitserhaltung zu beteiligen und ihnen ausreichend Raum in der Kommunikation zu geben, um sich artikulieren zu können – samt und sonders Maßnahmen, die Patientinnen/Patienten ermöglichen, einen partizipativen, ja ko-produktiven Part einzunehmen. Dies weist darauf, dass trotz des seit Langem proklamierten Wandels hin zu einer aktiven Patientenrolle und einer egalitäreren Arzt-Patienten-Beziehung noch Hindernisse zu überwinden sind.

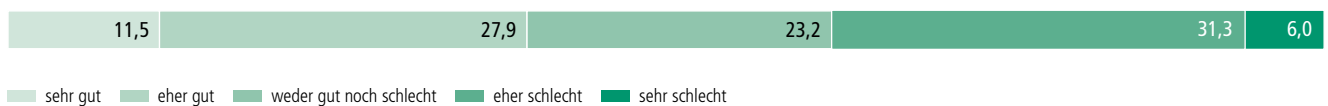
Betrachtet man, was die Ärztinnen/Ärzten im Einzelnen für besonders einfach bei der patientenzentrierten Kommunikation halten, fällt die Aufgabe „eine vertrauens- und respektvolle Gesprächsatmosphäre herstellen“ (Item PHL25) auf. Sie wird als am einfachsten im gesamten Fragebogen eingeschätzt. Fast 90 % der Ärztinnen/Ärzte geben an, keine Schwierigkeiten mit der Umsetzung zu haben (88,9 % eher/sehr leicht). Doch auch „Patientinnen/Patienten das eigene Handeln zu erklären“ (Item PHL28) und „sie zu ermutigen, ihre Anliegen zu schildern“ (Item PHL26), wird von den befragten Ärztinnen/Ärzten als einfach angesehen (79,7 % und 85,4 % eher/sehr einfach).

Abbildung 1-31: **Ärztinnen/Ärzte: Patientenzentrierte Kommunikation; Einzelitems in Prozent; „Wie einfach oder schwierig ist es für Sie,...“**



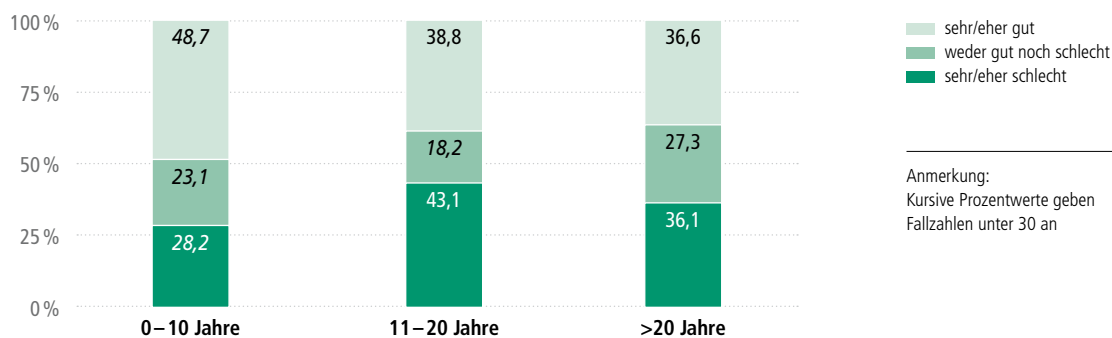
Bei der Frage danach, wie gut sich Ärztinnen/Ärzte durch die *Ausbildung* auf die patientenzentrierte Kommunikation vorbereitet fühlen, antworten 37,3 % mit eher/sehr schlecht; 39,4 % schätzen dies dagegen als eher/sehr gut ein und 23,2 % antworten unentschieden (Abbildung 1-32). Die fast gleichgroßen Anteile an Positiv- und Negativantworten deuten auf eine sehr divergente Einschätzung der Ausbildung in der Berufsgruppe hin. Insgesamt wird die Vorbereitung durch die Ausbildung auf diesen Aufgabenbereich von den Ärztinnen/Ärzten am schlechtesten beurteilt.

Abbildung 1-32: **Ärztinnen/Ärzte: „Wie gut hat Ihre eigene Ausbildung Sie auf die Kommunikation mit Patientinnen/Patienten vorbereitet?“; in Prozent**



Bei der Bewertung der eigenen *Ausbildung* zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Befragten mit unterschiedlich langer *Berufsdauer* (Abbildung 1-33).³² Dennoch schätzen immerhin 43,1 % der Befragten mit einer mittleren Berufserfahrung (11–20 Jahre) die Vorbereitung durch ihr Studium oder ihre Ausbildung als eher/sehr schlecht ein und damit tendenziell schlechter als Befragte mit weniger oder mehr Berufserfahrung.

Abbildung 1-33: **Ärztinnen/Ärzte: „Wie gut hat Ihre eigene Ausbildung Sie auf die Kommunikation mit Patientinnen/Patienten vorbereitet?“; nach Berufsdauer in Prozent**



32 Dies ist möglicherweise auf die kleinen Fallzahlen von teilweise n<30 innerhalb der verglichenen Kategorien zurückzuführen.

Bei der *bivariaten Analyse* fällt auf, dass die befragten Ärztinnen/Ärzte die jeweiligen Aufgaben als signifikant schwieriger beurteilen, wenn sie ihre Ausbildung als schlechter bewerteten (Abbildung 1-34). Gleichzeitig fällt die Aufgabenrealisierung mit zunehmender Berufsdauer leichter.³³

Abbildung 1-34: **Ärztinnen/Ärzte: Punktwert zur patientenzentrierten Kommunikation nach Berufsmerkmalen und Geschlecht; Punktwerte von 0 (schwierig) – 100 (einfach)**



Auch für diesen Aufgabenbereich wurde eine *Regressionsanalyse* berechnet, um den Zusammenhang der verschiedenen Merkmale mit den empfundenen Schwierigkeiten der Aufgaben bei der patientenzentrierten Kommunikation zu ermitteln. Sie bestätigt sämtliche Unterschiede, die sich zuvor bei der bivariaten Analyse zeigten. Zusätzlich ergibt sich ein Unterschied nach dem Geschlecht: Ärztinnen fallen die Aufgaben im Bereich der patientenzentrierten Kommunikation etwas leichter als Ärzten.

4.4.2 Pflegefachpersonen

Pflegefachpersonen erreichen bei der „Patientenzentrierten Kommunikation“ 74,3 von maximal 100 Punkten (Abbildung 1-35). Auch für sie ist es der leichteste Aufgabenbereich.

Abbildung 1-35: **Pflegefachpersonen: Patientenzentrierte Kommunikation; Punktwert von 0 (schwierig) – 100 (einfach)**



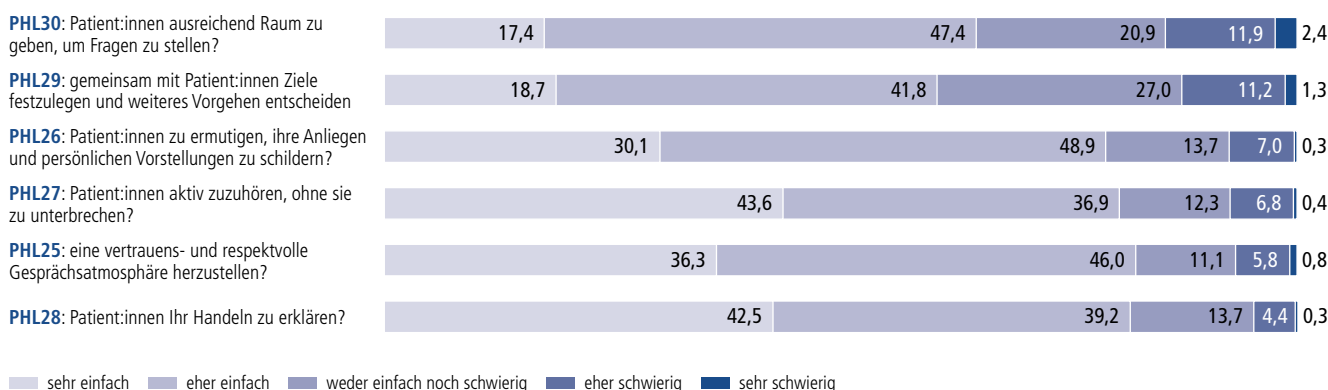
Ein Blick auf die *Einzelaufgaben* zeigt (Abbildung 1-36), dass Pflegefachpersonen die Aufgabe „Patientinnen/Patienten ausreichend Raum zu geben, um Fragen zu stellen“ (Item PHL 30) als am schwierigsten einschätzen: 14,3 % finden sie eher/sehr schwierig. An zweiter Stelle rangiert die

³³ Der Unterschied zwischen einer sehr/eher gut bewerteten und einer als sehr/eher schlecht bewerteten Ausbildung beträgt 8,1 Punkte. Bei der Berufserfahrung besteht ein Unterschied von 6,3 Punkten zwischen der niedrigsten (0–10 Jahre) und der höchsten Kategorie (>20 Jahre).

Aufgabe, „gemeinsam mit Patientinnen/Patienten Ziele festzulegen und das weitere Vorgehen zu entscheiden“ (Item PHL29), was 12,5 % der Pflegefachpersonen für eher/sehr schwierig halten. Damit beurteilen Pflegefachpersonen dieselben zwei Aufgaben als am schwierigsten wie die Ärztinnen/Ärzte, wenngleich in umgekehrter Reihenfolge. Auch für die Pflegefachpersonen zeigt sich somit, dass auf dem Weg zur Realisierung einer patientenzentrierten Kommunikation und einer ko-produktiven Patientenrolle noch Hürden zu nehmen sind.

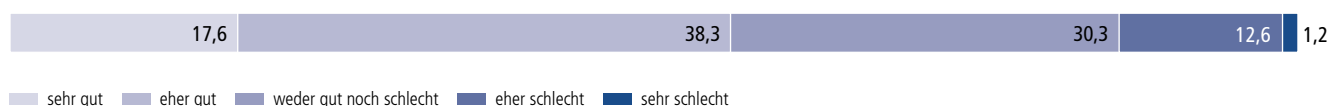
Patientinnen/Patienten zu ermutigen ihre Anliegen zu schildern (Item PHL26–7,3 % eher/sehr schwierig), ihnen aktiv zuzuhören (Item PHL27–7,2 % eher/sehr schwierig) und eine vertrauensvolle Kommunikationsatmosphäre herzustellen (Item PHL25–6,6 % eher/sehr schwierig) sowie das eigene Handeln zu erklären (Item PHL28–4,7 % eher/sehr schwierig), wird dagegen von großen Teilen der Befragten als nicht schwierig empfunden. Noch vor den Items PHL25 und PHL27 handelt es sich bei Item PHL28 um das leichteste Item des gesamten Fragebogens: 81,7 % der Pflegefachpersonen erachten es eher/sehr einfach „Patientinnen/Patienten das eigene Handeln zu erklären“.

Abbildung 1-36: Pflegefachpersonen: Patientenzentrierte Kommunikation; Einzelitems in Prozent; „Wie einfach oder schwierig ist es für Sie,...“



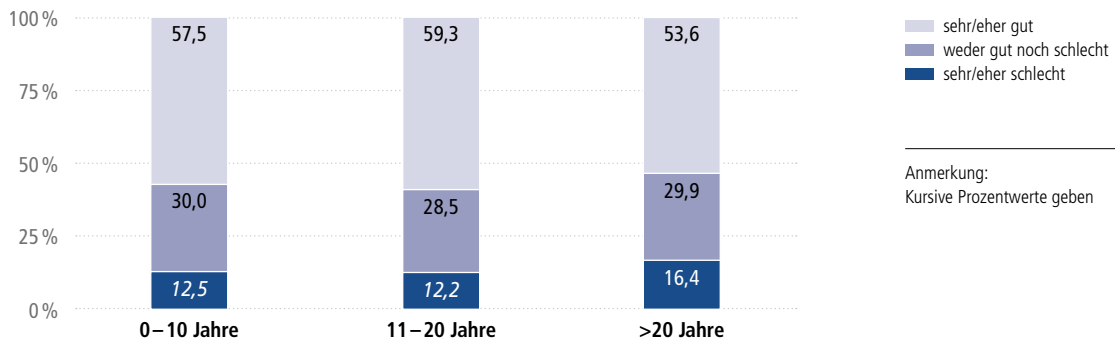
Betrachtet man, wie gut sich Pflegefachpersonen durch ihre *Ausbildung* auf die Kommunikation mit Patientinnen/Patienten vorbereitet fühlen, stufen nur 13,8 % ihre Ausbildung als eher/sehr schlecht ein, 55,9 % hingegen als eher/sehr gut (Abbildung 1-37). Offenbar sehen sich Pflegefachpersonen also recht gut für diese Aufgabe gerüstet, signifikant besser als Ärztinnen/Ärzte. Ein ähnliches Muster hatte sich bereits im Aufgabenbereich Informations- und Wissensvermittlung gezeigt.

Abbildung 1-37: Pflegefachpersonen: „Wie gut hat Ihre eigene Ausbildung Sie auf die Kommunikation mit Patientinnen/Patienten vorbereitet?“; in Prozent



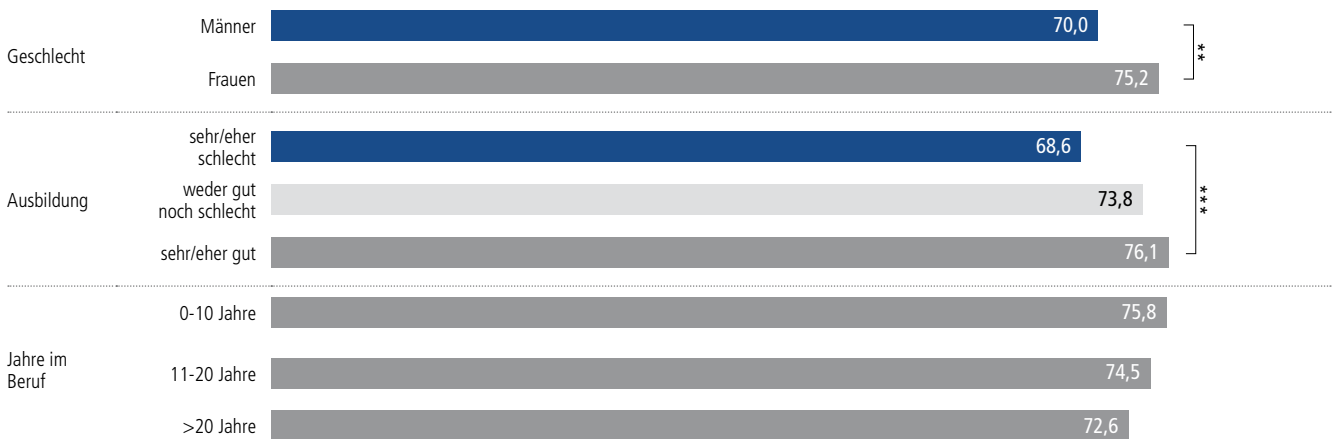
Bei der Bedeutung der Ausbildung für die Aufgabenrealisierung im Bereich der Kommunikation zeigen sich bei den Pflegenden keine bemerkenswerten Unterschiede nach der *Berufsdauer* (Abbildung 1-38). Der Anteil derjenigen, die antworten, eher/sehr schlecht vorbereitet worden zu sein und die höchstens 20 Jahre im Beruf sind, liegt bei rund 12 %. Bei Befragten, die bereits länger im Beruf tätig sind, liegt er bei 16,4 % und damit nur wenig höher.

Abbildung 1-38: **Pflegefachpersonen: „Wie gut hat Ihre eigene Ausbildung Sie auf die Kommunikation mit Patientinnen/ Patienten vorbereitet?“**; nach Berufsdauer in Prozent



Auch bei der *bivariaten Analyse* zeigen sich keine signifikanten Unterschiede nach der Berufsdauer (Abbildung 1-39).

Abbildung 1-39: **Pflegefachpersonen: Punktwert zur patientenzentrierten Kommunikation nach Berufsmerkmalen und Geschlecht**; Punktwerte von 0 (schwierig) – 100 (einfach)



*** p < 0,001 ** p < 0,01 * p < 0,05

■ Gruppe mit niedrigstem Score-Wert ■ Gruppe mit höchstem Score-Wert ■ Gruppe mit mittlerem Score-Wert
 ■ Gruppe unterscheidet sich nicht signifikant von anderen Gruppen

Anm.: Gruppen mit derselben Farben unterscheiden sich nicht signifikant voneinander

Dagegen zeigt die Analyse, dass Befragten, die sich schlechter durch ihre Ausbildung auf die patientenzentrierte Kommunikation vorbereitet fühlen, die Aufgabenbewältigung signifikant schwerer fällt. Bei den Pflegenden fällt zudem Frauen die Aufgabenrealisierung in diesem Aufgabenbereich signifikant leichter als Männern.³⁴

Die *Regressionsanalyse* bestätigt den Unterschied zwischen den Geschlechtern. Dagegen sind die Unterschiede zwischen unterschiedlichen Bewertungen der eigenen Ausbildung nicht weiter signifikant.

34 Der Unterschied zwischen einer eher/sehr gut bewerteten und einer als eher/sehr schlecht bewerteten Ausbildung beträgt 7,5 Punkte. Zwischen Frauen und Männern beträgt er 5,2 Punkte.

4.4.3 Vergleichende Betrachtung

Sowohl für die Pflegefachpersonen als auch die Ärztinnen/Ärzten ist der Aufgabenbereich „Patientenzentrierte Kommunikation“ am einfachsten. Beide Gesundheitsprofessionen/-berufe erreichen hier über 70 von 100 möglichen Punkten und schätzen den Schwierigkeitsgrad dieses Aufgabenbereiches damit sehr ähnlich ein (Abbildung 1-40).³⁵

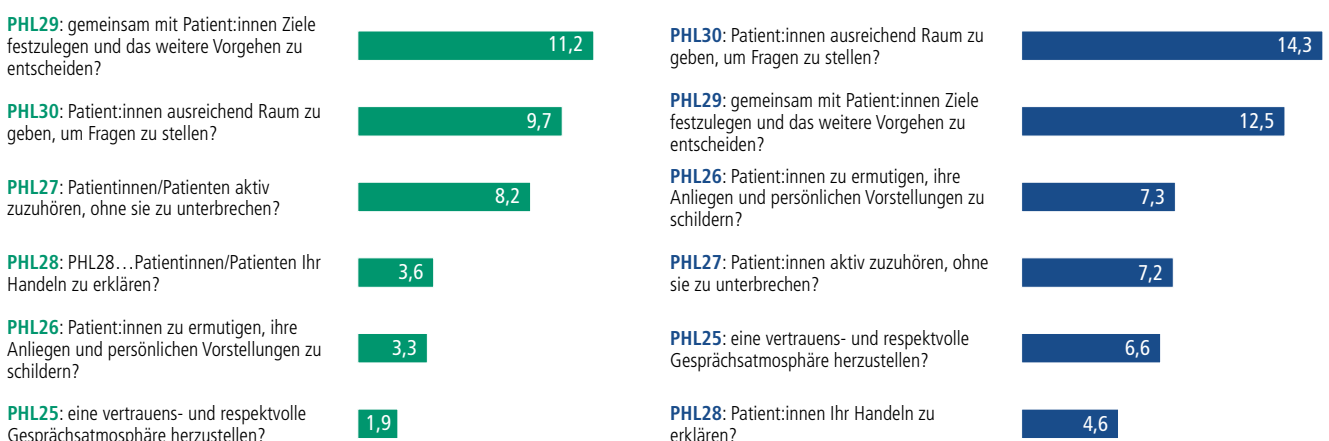
Abbildung 1-40: **Patientenzentrierte Kommunikation**; Punktwert von 0 (schwierig) – 100 (einfach) für **Ärztinnen/Ärzte (■)** und **Pflegefachpersonen (■)**



Der geringe Schwierigkeitsgrad wird auch auf Ebene der Einzelitems sichtbar. Bei der Pflege gehören drei der im gesamten Fragebogen als am leichtesten bewerteten Aufgaben zu diesem Bereich (Items PHL25, PHL27, PHL28), bei den Ärztinnen/Ärzten sind es immerhin zwei (Items PHL25, PHL26) (Abbildung 1-41).

Zudem existieren in diesem Aufgabenbereich nur zwei Aufgaben, die im zweistelligen Prozentbereich als eher/sehr schwierig bewertet werden. Dazu gehören „gemeinsam mit Patientinnen/Patienten Ziele festzulegen und das weitere Vorgehen zu entscheiden“ (Item PHL29) und bei der Pflege „Patientinnen/Patienten ausreichend Raum zu geben, um Fragen zu stellen“. Sehr einfach ist es für beide dagegen, „eine vertrauens- und respektvolle Gesprächsatmosphäre herzustellen“ (Item PHL25) und auch, „Patientinnen/Patienten das eigene Handeln zu erklären“ (Item PHL28).

Abbildung 1-41: **Patientenzentrierte Kommunikation**; Anteil „eher schwierig“ oder „sehr schwierig“ für Einzelitems für **Ärztinnen/Ärzte (■)** und **Pflegefachpersonen (■)** in Prozent



35 Eine Besonderheit in diesem Aufgabenbereich ist, dass Pflegefachpersonen die meisten Aufgaben häufiger mit eher/sehr schwierig beantwortet haben (Abbildung 1-41), die Aufgaben jedoch gleichzeitig häufiger als sehr einfach bewerteten als Ärztinnen/Ärzte. Dies trifft insbesondere für die vier Items PHL25 bis PHL28 zu, für die der Anteil eher/sehr einfach zwischen knapp einem Drittel (30,1 %) und knapp 44 % liegt. Bei den Ärztinnen/Ärzten liegt dieser niedriger (bei 23–27 %).

Auch hier fällt die Einschätzung der Vorbereitung durch die Ausbildung auf diesen Aufgabenbereich zwischen beiden Gesundheitsprofessionen/-berufen unterschiedlich aus – ähnlich wie schon bei der Informations- und Wissensvermittlung: Ärztinnen/Ärzte fühlen sich jeweils zu einem guten Drittel (37,3 %) eher/sehr schlecht durch die Ausbildung auf die patientenzentrierte Kommunikation vorbereitet. Bei den Pflegefachpersonen trifft dies nur auf 13,8 % zu. Mehr als die Hälfte von ihnen beurteilt die Vorbereitung durch die Ausbildung sogar als gut/sehr gut. Bei den Ärztinnen/Ärzten tun dies nur 39,4 %.

Insgesamt ist festzuhalten, dass dieser Aufgabenbereich zwar als relativ einfach eingeschätzt wird, die in den Ergebnissen zutage tretenden Schwierigkeiten gleichwohl bei beiden Gesundheitsprofessionen/-berufen auf Herausforderungen weisen, die bei der Anpassung an die veränderten Kommunikationsanforderungen und bei der Verabschiedung von herkömmlichen Routinen der Kommunikation und Interaktion bestehen. Sie wurden sowohl bei der Betrachtung der Einzelitems sichtbar wie auch bei der unterschiedlichen Einschätzung der Vorbereitung durch die jeweilige Ausbildung bzw. des Studiums auf die sich hier stellenden Aufgaben.

4.5 Professionelle digitale Gesundheitskompetenz

Sich in der mittlerweile unüberschaubaren Menge an digital verfügbaren Gesundheitsinformationen zu orientieren, ist für viele Menschen nicht einfach, wie empirische Befunde zur digitalen Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland zeigen (ex. Schaeffer et al., 2021a; 2021c). Ihnen zufolge weisen zwei Drittel der Bevölkerung in Deutschland eine geringe digitale Gesundheitskompetenz auf. Besonders die Beurteilung und die Einschätzung der Vertrauenswürdigkeit von digitalen Gesundheitsinformationen fällt oft schwer (ebd.).

Auch bei dadurch ausgelösten Verunsicherungen und generell bei Fragen zu digitalen Gesundheitsinformationen wenden sich Patientinnen/Patienten häufig an die Gesundheitsprofessionen/-berufe. Wollen diese ihre Patientinnen/Patienten angemessen unterstützen und den sich dabei stellenden Aufgaben gerecht werden, benötigen sie eine gut ausgeprägte *professionelle* digitale Gesundheitskompetenz. Angesichts des Stands der Digitalisierung im deutschen Gesundheitssystem stellt sich jedoch die Frage, ob die Gesundheitsprofessionen/-berufe in ausreichendem Maß über diese Kompetenz verfügen (Bratan et al., 2022; Schmidt-Kaehler et al., 2021; Thiel et al., 2018). Deshalb wurde auch das Thema professionelle digitale Gesundheitskompetenz in die Erhebung aufgenommen. Mit Hilfe von vier Items wurde danach gefragt, wie einfach oder schwierig es für die Gesundheitsprofessionen/-berufe ist, Patientinnen/Patienten im Umgang mit digitalen Gesundheitsinformationen zu unterstützen. Zudem wurde gefragt, wie gut sich die Gesundheitsprofessionen/-berufe selbst in der Lage sehen, mit der Flut an digitalen Informationen umzugehen und welche digitalen Kontaktmöglichkeiten sie für Patientinnen/Patienten anbieten.

Zentrale Ergebnisse auf einen Blick

- Ärztinnen/Ärzte erreichen bei der professionellen digitalen Gesundheitskompetenz 53,1 von 100 möglichen Punkten. Bei den Pflegefachpersonen ist dieser Wert mit 54,5 Punkten nur geringfügig höher.
- Am schwierigsten schätzen beide Gruppen ein, „Patientinnen/Patienten dabei zu unterstützen, die Vertrauenswürdigkeit gefundener digitaler Gesundheitsinformationen zu beurteilen“ (38,6 % bzw. 33,3 % eher/sehr schwierig), gefolgt davon, „Patientinnen/Patienten dabei zu unterstützen, die für sie relevanten digitalen Gesundheitsinformationen zu finden“ (31,7 % bzw. 32,3 % eher/sehr schwierig).

- Sowohl für Ärztinnen/Ärzte als auch für Pflegefachpersonen zeigt sich ein negativer Zusammenhang zwischen der Berufsdauer und der professionellen digitalen Gesundheitskompetenz: Befragte mit einer Berufsdauer von über 20 Jahren haben größere Schwierigkeiten, Patientinnen/Patienten im Umgang mit digitaler Information zu unterstützen.
- Für beide Gesundheitsprofessionen/-berufe gilt, dass eine positivere Bewertung des eigenen Umgangs mit der digitalen Informationsflut mit höherer professioneller digitaler Gesundheitskompetenz einhergeht.

4.5.1 Ärztinnen/Ärzte

Die professionelle digitale Gesundheitskompetenz (umfasst die Items PHL31 bis PHL34) von Ärztinnen/Ärzten fällt mit einem Punktwert von 53,1 von 100 deutlich niedriger aus als bei den drei anderen Aufgabenbereichen. Nahezu die Hälfte der möglichen Punkte werden nicht erreicht (Abbildung 1-42). Damit ist dies der schwierigste Aufgabenbereich.

Abbildung 1-42: **Ärztinnen/Ärzte: Professionelle digitale Gesundheitskompetenz**; Punktwert von 0 (schwierig) – 100 (einfach)

Professionelle digitale
Gesundheitskompetenz

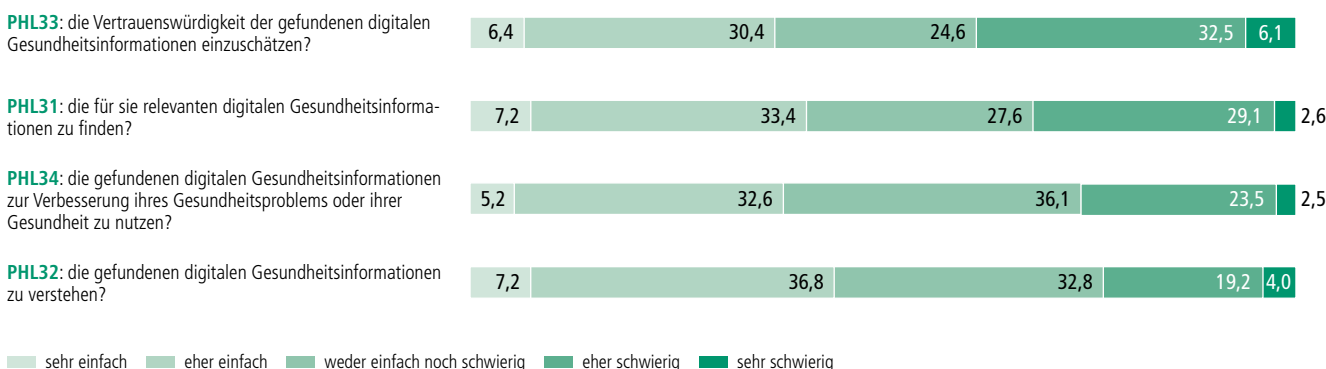
53,1



Ein Blick auf die in diesem Bereich erfragten *Aufgaben* bestätigt dies. Am schwersten fällt den befragten Ärztinnen/Ärzten, „Patientinnen/Patienten dabei zu unterstützen, die Vertrauenswürdigkeit und Zuverlässigkeit digitaler Gesundheitsinformationen einzuschätzen“ (Item PHL33) (Abbildung 1-43). Immerhin 38,6 % schätzen dies als eher/sehr schwierig ein. Wird der Anteil derjenigen addiert, die hier indifferent antworten (24,6 %), wird deutlich, dass beinahe zwei Drittel (63,2 %) der befragten Ärztinnen/Ärzte diese Aufgabe als nicht einfach betrachten. Vergleicht man sämtliche Items des Fragebogens, zeigt sich, dass diese Aufgabe von ihnen als die insgesamt drittschwierigste bewertet wird.

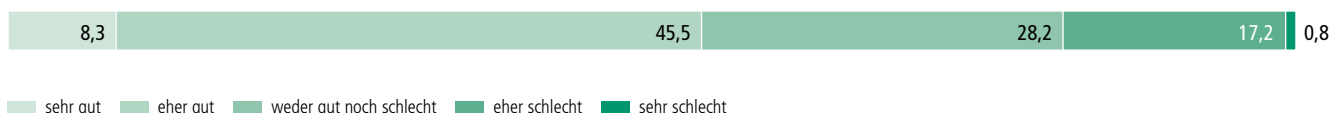
Doch auch „Patientinnen/Patienten dabei zu unterstützen, die für sie relevanten digitalen Informationen zu finden“ (Item PHL31), wird von 31,7 % der Ärztinnen/Ärzte als eher/sehr schwierig erachtet. Auch hier antwortet rund ein Viertel (27,6 %) der Ärztinnen/Ärzte indifferent, so dass mehr als die Hälfte der Befragten diese Aufgaben als nicht einfach einschätzt. Auch für die anderen Items fällt dieser Anteil nie unter 56 %. Patientinnen/Patienten bei der Anwendung von digitalen Informationen zur Verbesserung ihrer Gesundheit behilflich zu sein (Item PHL34), wird von ungefähr einem Viertel für eher/sehr schwierig gehalten (26 %); digitale Gesundheits- und Krankheitsinformationen zu erklären und das Verstehen zu erleichtern (Item PHL32) wiederum von 23,2 %. Summierend lassen die Ergebnisse darauf schließen, dass die professionelle digitale Gesundheitskompetenz von Ärztinnen/Ärzten optimierungsbedürftig ist.

Abbildung 1-43: **Ärztinnen/Ärzte: Professionelle digitale Gesundheitskompetenz; Einzelitems in Prozent; „Wie einfach oder schwierig ist es für Sie, Patientinnen/Patienten dabei zu unterstützen,...“**



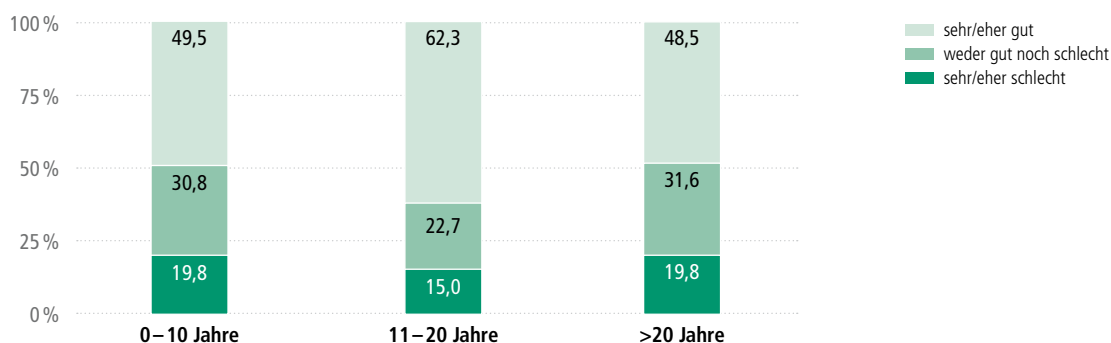
Zusätzlich zur professionellen digitalen Gesundheitskompetenz wurde gefragt, wie gut es Ärztinnen/Ärzten selbst gelingt, im Alltag mit der *Flut an digitalen Informationen zurechtzukommen*. Denn anzunehmen ist, dass die Gesundheitsprofessionen/-berufe größere Schwierigkeiten haben, Patientinnen/Patienten im Umgang mit digitalen Informationen zu unterstützen, wenn ihnen dies selbst schwerfällt (Abbildung 1-44). 18 % der Ärztinnen/Ärzte geben an, mit der Flut an digitalen Informationen eher schlecht bzw. sehr schlecht zurechtzukommen. 28,2 % antworten indifferent, der Großteil (53,8 %) gibt an, eher/sehr gut mit dieser Herausforderung umgehen zu können.

Abbildung 1-44: **Ärztinnen/Ärzte: „Wie gut gelingt es Ihnen persönlich, mit der Flut an digitalen Informationen zurechtzukommen?“; in Prozent**



Betrachtet man das Zurechtkommen mit der digitalen Informationsflut nach *Berufsjahren*, zeigen sich keine bedeutsamen Unterschiede. Lediglich Ärztinnen/Ärzte mit einer mittleren Berufsdauer (11–20 Jahre) schätzen dies tendenziell als etwas einfacher ein. Von ihnen geben immerhin 62,3 % an, eher/sehr gut zurechtzukommen, hingegen nur ungefähr 49 % derjenigen mit kürzerer oder längerer Berufsdauer (Abbildung 1-45).

Abbildung 1-45: **Ärztinnen/Ärzte: „Wie gut gelingt es Ihnen persönlich, mit der Flut an digitalen Informationen zurechtzukommen?“; nach Berufsdauer in Prozent**



Bei der *bivariaten Analyse* der professionellen digitalen Gesundheitskompetenz nach Geschlecht, nach der Berufsdauer und dem Zurechtkommen mit der digitalen Informationsflut, zeigt sich ein negativer Zusammenhang mit der Berufsdauer (Abbildung 1-46):³⁶ Ärztinnen/Ärzte, die bereits seit über 20 Jahren in ihrem Beruf arbeiten, verfügen über eine geringere professionelle digitale Gesundheitskompetenz als diejenigen, die erst seit kürzerer Zeit als Ärztin/Arzt tätig sind. Ebenfalls wird ein Zusammenhang zwischen dem Schwierigkeitsgrad bei der Bewältigung der digitalen Informationsflut und der professionellen digitalen Gesundheitskompetenz ersichtlich: Befragte, die ihr Zurechtkommen mit digitaler Information als eher/sehr schlecht einschätzen, fällt es schwerer, Patientinnen/Patienten im Umgang mit digitaler Information zu unterstützen.³⁷

Abbildung 1-46: Ärztinnen/Ärzte: Professionelle digitale Gesundheitskompetenz nach Berufsjahren, Geschlecht und Zurechtkommen mit der digitalen Informationsflut; Punktwerte von 0 (schwierig) – 100 (einfach)



*** $p < 0,001$ ** $p < 0,01$ * $p < 0,05$

■ Gruppe mit niedrigstem Score-Wert ■ Gruppe mit höchstem Score-Wert ■ Gruppe mit mittlerem Score-Wert
 ■ Gruppe unterscheidet sich nicht signifikant von anderen Gruppen

Anm.: Gruppen mit derselben Farben unterscheiden sich nicht signifikant voneinander

Dies bestätigt sich auch in der *Regressionsanalyse*: Länger praktizierende Ärztinnen/Ärzte (>20 Jahre) schätzen die sich in diesem Aufgabenbereich stellenden Aufgaben als schwieriger ein (Referenz: 0–10 Jahre). Darüber hinaus bestätigt sich, dass eine eher oder sehr gute Bewertung des eigenen Zurechtkommens mit der digitalen Informationsflut mit einer höheren professionellen digitalen Gesundheitskompetenz assoziiert ist.

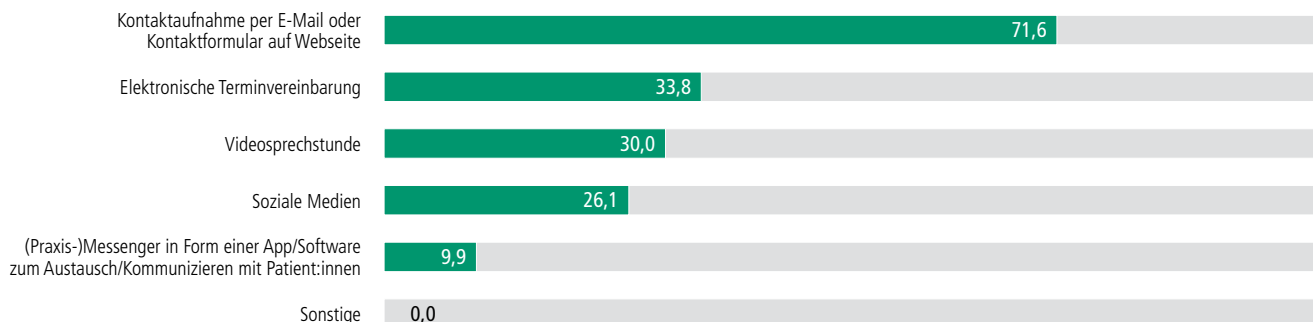
Neben der professionellen digitalen Gesundheitskompetenz wurde auch nach den *angebotenen digitalen Kontaktmöglichkeiten für Patientinnen/Patienten* gefragt (Abbildung 1-47). Am häufigsten ermöglichen die befragten Ärztinnen/Ärzte eine digitale Kontaktaufnahme per E-Mail oder entsprechendem Kontaktformular auf der eigenen Webseite: 71,6 % geben an, diese Kontaktmöglichkeit anzubieten. Andere Kontaktmöglichkeiten werden dagegen deutlich seltener vorgehalten: Nur 33,8 % ermöglichen elektronische Terminvereinbarungen, 30 % bieten Videosprechstunden an und rund ein Viertel (26,1 %) gibt an, auch über soziale Medien Kontakt zu ermöglichen. Sogenannte (Praxis-)Messenger in Form einer App oder Software

36 Die Einschätzung der eigenen Ausbildung im Hinblick auf die digitale professionelle Gesundheitskompetenz wurde nicht erfragt, weil davon ausgegangen wurde, dass dieser Aspekt bisher nicht explizit Bestandteil der Ausbildung der befragten Gesundheitsprofessionen/-berufe ist.

37 Der Unterschied zwischen den Kategorien 0–10 Jahre Berufserfahrung und >20 Jahre liegt bei 7,4 Punkten und zwischen 11–20 Jahre und >20 Jahre bei 6,8 Punkten. Befragte, die eher/ sehr gut mit der digitalen Informationsflut zurechtkommen und jene, die eher/ sehr schlecht damit zurechtkommen, trennen durchschnittlich 12,7 Punkte.

zum Austausch mit Patientinnen/Patienten – etwa, um mit ihnen medizinische Fragen oder Befunde oder Laborwerte online zu besprechen – werden mit 9,9 % jedoch eher selten von den Ärztinnen/Ärzten angeboten.

Abbildung 1-47: **Ärztinnen/Ärzte: „Welche der folgenden digitalen Kontaktmöglichkeiten bieten Sie oder Ihre Einrichtung an (Mehrfachantworten möglich)?“**; in Prozent



4.5.2 Pflegefachpersonen

Bei den befragten Pflegefachpersonen zeigt sich ein ähnliches Bild. Auch bei ihnen fällt dieser Aufgabenbereich schlechter aus als die anderen drei: Sie erzielen hier 54,5 von 100 möglichen Punkten (Abbildung 1-48).

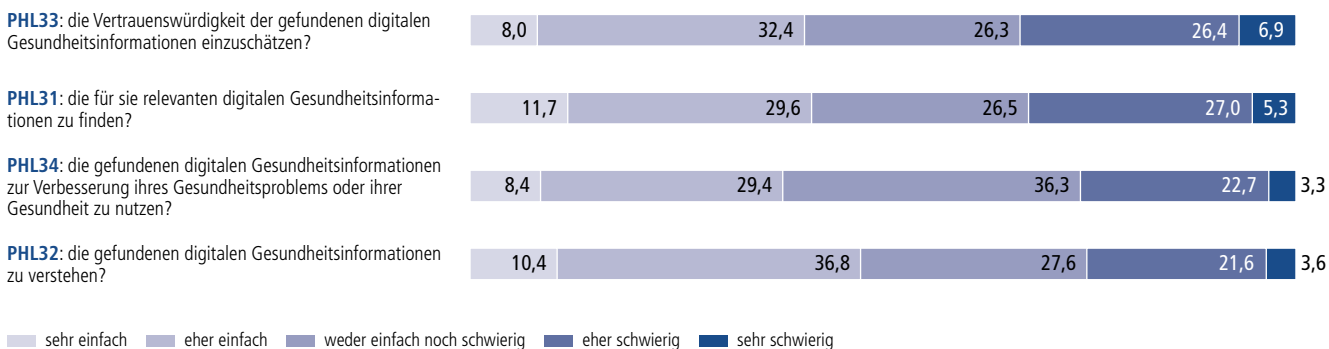
Abbildung 1-48: **Pflegefachpersonen: Professionelle digitale Gesundheitskompetenz**; Punktwert von 0 (schwierig) – 100 (einfach)



Was ihnen hier Schwierigkeiten bereitet, verdeutlicht ein Blick auf die erfragten *Aufgaben* (Abbildung 1-49). Mit 33,3 % schätzen auch Pflegendes am schwierigsten ein, „Patientinnen/Patienten dabei zu unterstützen, die Vertrauenswürdigkeit digitaler Gesundheitsinformationen zu beurteilen“ (Item PHL33), gefolgt davon, ihnen dabei behilflich zu sein, „die für sie relevanten Gesundheitsinformationen zu finden“ (Item PHL31), was ebenfalls knapp ein Drittel (32,3 %) als eher/sehr schwierig betrachtet.

Patientinnen/Patienten bei der Anwendung digitaler Informationen zu unterstützen (Item PHL32) und Hilfestellung bei dem Verstehen digitaler Informationen zu leisten (Item PHL34), wird als etwas weniger schwierig eingeschätzt. 26 % bzw. 25,2 % der befragten Pflegefachpersonen halten dies für eher/sehr schwierig. Der Anteil derjenigen, der in diesem Aufgabenbereich indifferent antwortet, liegt mit Werten zwischen 26,3 % bis 36,3 % recht hoch, was auch hier auf Unsicherheiten bei den Pflegenden schließen lässt.

Abbildung 1-49: **Pflegefachpersonen: Professionelle digitale Gesundheitskompetenz; Einzelitems in Prozent; „Wie einfach oder schwierig ist es für Sie, Patientinnen/Patienten dabei zu unterstützen,...“**



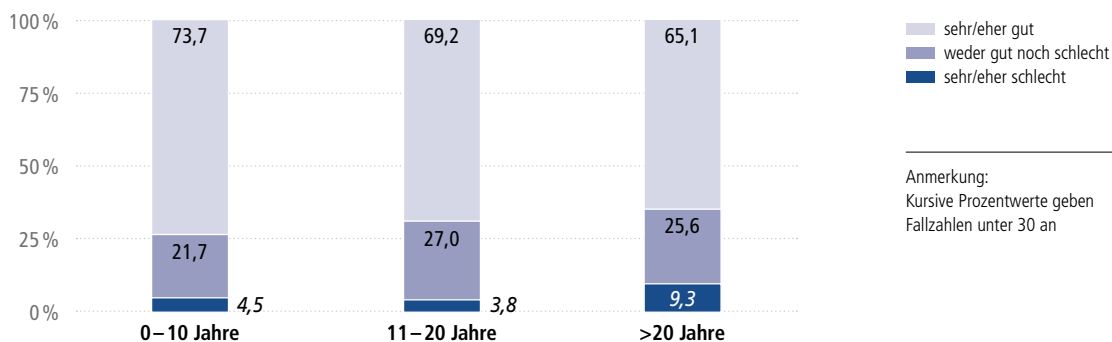
Fragt man, wie gut es den Pflegefachpersonen selbst gelingt, im Alltag mit der digitalen Informationsflut zurechtzukommen, zeigt sich ein überraschend positives Bild: Nur 6 % der Befragten geben an, damit Probleme zu haben. 24,9 % antworten indifferent und 69,1 % schätzen die digitale Informationsflut als eher gut oder sehr gut bewältigbar ein (Abbildung 1-50).

Abbildung 1-50: **Pflegefachpersonen: „Wie gut gelingt es Ihnen persönlich, mit der Flut an digitalen Informationen zurechtzukommen?“; in Prozent**



Dabei variiert der Anteil der Antworten, die indifferent oder negativ ausfallen, bei der Betrachtung nach Berufsdauer nur in der Tendenz (Abbildung 1-51) zwischen 26,2 % bei denen mit mittlerer und jeweils knapp 35 % mit kurzer und langer Berufsdauer. Vermutet werden könnte, dass Befragte mit geringerer Berufsdauer, auch weil sie durchschnittlich jünger sind, eine höhere Affinität zu digitalen Informationen aufweisen und daher auch den eigenen Umgang damit besser bewerten als jene, die länger als Pflegefachperson tätig sind. Dies zeigt sich – ähnlich wie bei den Ärztinnen/Ärzten – jedoch nicht in den Daten.

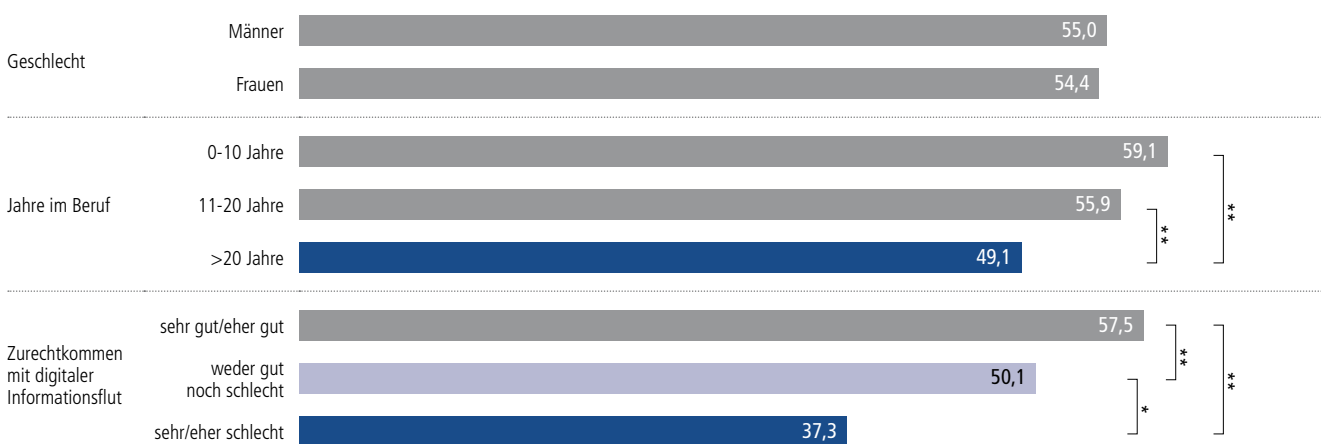
Abbildung 1-51: **Pflegefachpersonen: „Wie gut gelingt es Ihnen persönlich, mit der Flut an digitalen Informationen zurechtzukommen?“; nach Berufsdauer in Prozent**



Anmerkung:
Kursive Prozentwerte geben Fallzahlen unter 30 an

Die *bivariate Analyse* der professionellen digitalen Gesundheitskompetenz und möglichen Bedingungsfaktoren zeigt dagegen, dass Pflegende, die länger als 20 Jahre im Berufsleben stehen, sich im Aufgabenbereich „professionelle digitale Gesundheitskompetenz“ vor erheblich größere Schwierigkeiten gestellt sehen als Pflegefachpersonen mit kürzerer Berufsdauer (Abbildung 1-52). Dies ist ein überraschendes Ergebnis, da, wie zuvor gezeigt wurde, keine bedeutsamen Unterschiede bei der Bewertung des Schwierigkeitsgrades im Umgang mit der digitalen Informationsflut nach der Berufsdauer sichtbar wurden. Bei Pflegenden, die eher/sehr schlecht mit der digitalen Informationsflut zurechtkommen, ist zudem die Fähigkeit, Patientinnen/Patienten im Umgang mit digitalen Informationen zu unterstützen, geringer.³⁸

Abbildung 1-52: Pflegefachpersonen: Professionelle digitale Gesundheitskompetenz nach Berufsjahren, Geschlecht und Zurechtkommen mit der digitalen Informationsflut; Punktwerte von 0 (schwierig) – 100 (einfach)



*** p<0,001 ** p<0,01 * p<0,05

■ Gruppe mit niedrigstem Score-Wert ■ Gruppe mit höchstem Score-Wert ■ Gruppe mit mittlerem Score-Wert
 ■ Gruppe unterscheidet sich nicht signifikant von anderen Gruppen

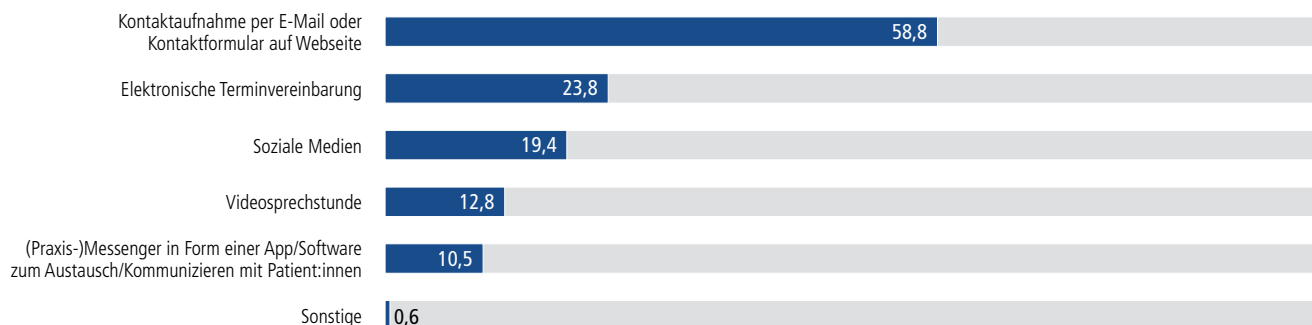
Anm.: Gruppen mit derselben Farben unterscheiden sich nicht signifikant voneinander

Die in der Analyse aufgezeigten Zusammenhänge bestätigen sich im *adjustierten Regressionsmodell*. Hier zeigt sich, dass Befragte, die mehr als 20 Jahre im Beruf sind, größere Schwierigkeiten bei der Realisierung der Aufgaben haben (Referenz 0–10 Jahre). Geben sie an, eher/sehr schlecht mit digitalen Informationen zurechtkommen, fallen ihnen die Aufgaben ebenfalls schwerer (Referenz: weder gut noch schlecht).

Bei den von Pflegefachpersonen *angebotenen digitalen Kontaktmöglichkeiten mit Patientinnen/Patienten* stehen E-Mails bzw. Formulare auf Webseiten zur Kontaktaufnahme mit 58,8 % an erster Stelle (Abbildung 1-53). Elektronische Terminvereinbarungen werden von 23,8 % der Befragten bzw. ihren Einrichtungen ermöglicht, und immerhin 19,4 % geben an, über soziale Medien mit Patientinnen/Patienten in Kontakt zu treten. 12,8 % verfügen über die Möglichkeit zur Videosprechstunde. Der Einsatz von (Praxis-)Messengern ist mit 10,5 % bisher weniger stark verbreitet.

38 Bei der Berufsdauer unterscheiden sich die Kategorien 0–10 Jahre und <20 Jahre um 10 Punkte, zwischen den Kategorien 11–20 Jahre und >20 Jahre beträgt der Unterschied 6,8 Punkte. Pflegende die sehr/eher gut mit der digitalen Informationsflut zurechtkommen, erreichen durchschnittlich 20,2 Punkte mehr als jene die Schwierigkeiten damit äußern.

Abbildung 1-53: **Pflegefachpersonen: „Welche der folgenden digitalen Kontaktmöglichkeiten bieten Sie oder Ihre Einrichtung an (Mehrfachantworten möglich)?“; in Prozent**



4.5.3 Vergleichende Betrachtung

Insgesamt kommen beide Gesundheitsprofessionen/-berufe im Aufgabenbereich „Professionelle digitale Gesundheitskompetenz“ zu einer sehr ähnlichen Einschätzung: Beide Gruppen erreichen nur gut die Hälfte der möglichen Punktzahl (Abbildung 1-54) und für beide ist dies der schwierigste Aufgabenbereich.

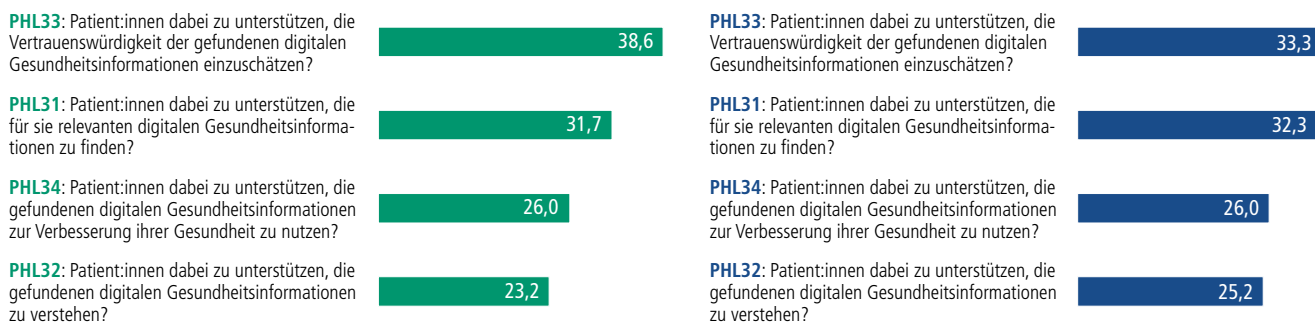
Abbildung 1-54: **Professionelle digitale Gesundheitskompetenz; Punktwert von 0 (schwierig) – 100 (einfach) für Ärztinnen/Ärzte (■) und Pflegefachpersonen (■)**



Auch bei der Beurteilung der Einzelitems bestehen kaum Abweichungen. Lediglich der Schwierigkeitsgrad wird hier leicht unterschiedlich eingeschätzt, die Rangfolge der Items nach Schwierigkeit ist gleich (Abbildung 1-55).

Am schwierigsten schätzen beide Gruppen ein, „Patientinnen/Patienten dabei zu unterstützen, die Vertrauenswürdigkeit gefundener digitaler Gesundheitsinformationen zu beurteilen“ (38,6 % bzw. 33,3 % eher/sehr schwierig). Doch auch „Patientinnen/Patienten dabei behilflich zu sein, die für sie relevanten digitalen Gesundheitsinformationen zu finden“ halten beide Gruppen für eher/sehr schwierig (31,7 % bzw. 32,3 %). Hier zeigen sich Ähnlichkeiten zu den Ergebnissen populationsorientierter Studien zur Gesundheitskompetenz. Denn auch in ihnen wird das Finden und insbesondere die Beurteilung der Vertrauenswürdigkeit, Passgenauigkeit, Neutralität und Zuverlässigkeit von digitalen Gesundheitsinformationen für sehr schwierig erachtet (Schaeffer et al., 2021a; 2021c). Dies deutet an, dass hier eine doppelte Herausforderung zu bewältigen ist und die Vertrauenswürdigkeit, Zuverlässigkeit und Transparenz insgesamt der Verbesserung bedarf.

Abbildung 1-55: **Professionelle digitale Gesundheitskompetenz; Anteil „eher schwierig“ oder „sehr schwierig“ für Einzeltens für Ärztinnen/Ärzte (■) und Pflegefachpersonen (■) in Prozent**



Zusammenfassend spiegelt der hohe Schwierigkeitsgrad dieses Aufgabenbereichs bei beiden Gesundheitsprofessionen/-berufen den Nachholbedarf bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens wider. Dabei dürfte es auch, aber nicht allein darum gehen, die Beurteilung und Auffindbarkeit digitaler Informationen für die Bevölkerung und die Gesundheitsprofessionen/-berufe zu verbessern. Vielmehr sind der Umgang mit digitalen Informationen und die professionelle Unterstützung von Patientinnen/Patienten offenbar schwieriger als es durch Alltagsroutinen selbstständig zu erlernen ist.

Zugleich handelt es sich um jeweils unterschiedliche Herausforderungen: Auch wenn sich die Gesundheitsprofessionen/-berufe recht gut in der Lage sehen, selbst mit der Flut digitaler Informationen umzugehen, benötigt die Unterstützung von Patientinnen/Patienten häufig andere, allgemeinverständliche Quellen, müssen Kriterien zur Beurteilung vermittelt werden und dabei die unterschiedlichen Niveaus der digitalen Gesundheitskompetenz von Patientinnen/Patienten und deren unterschiedliches digitales Know-how berücksichtigt werden. Exemplarisch zeigt dies, dass die professionelle digitale Gesundheitskompetenz speziell in ihrer Unterstützungs- und Vermittlungsfunktion deutlich größerer Aufmerksamkeit bedarf, als dies bisher der Fall ist.

4.6 Organisatorische Rahmenbedingungen

Ebenso wie die allgemeine Gesundheitskompetenz ist auch die professionelle Gesundheitskompetenz als relational zu verstehen (Parker & Ratzan, 2010), d. h. sie ist einerseits durch die Fähigkeiten und die Kompetenz der Gesundheitsprofessionen/-berufe, andererseits durch die strukturellen bzw. organisatorischen Rahmenbedingungen geprägt, unter denen Gesundheitsprofessionen/-berufe tätig sind und die Förderung der Gesundheitskompetenz ihrer Patientinnen/Patienten realisieren. Um herauszufinden, wie diese Rahmenbedingungen von den Gesundheitsprofessionen/-berufen beurteilt werden, wurde zusätzlich die Einschätzung zu ausgewählten organisatorischen Rahmenbedingungen, die für die Förderung von Gesundheitskompetenz wichtig sind, erfragt.

Zentrale Ergebnisse auf einen Blick

- Bei der Einschätzung der Rahmenbedingungen, die für die Förderung von Gesundheitskompetenz essenziell sind, erreichen die Ärztinnen/Ärzte 76,2 von 100 möglichen Punkten. Sie schätzen die organisatorischen Rahmenbedingungen also insgesamt

positiv ein. Anders die befragten Pflegefachpersonen: Sie erzielen hier 52,9 Punkte und bewerten ihre Rahmenbedingungen deutlich schlechter.

- Am schlechtesten beurteilen Ärztinnen/Ärzte ihre zeitlichen Bedingungen: 10,8 % geben an, selten oder nie ausreichend Zeit für Gespräche mit Patientinnen/Patienten zu haben. Mit 37,2 % bzw. 34,4 % beurteilen Pflegefachpersonen insbesondere die Möglichkeit zu ungestörten Gesprächen mit Patientinnen/Patienten und die Verfügbarkeit über geeignete Räume als kritisch. Die Möglichkeit, bei Bedarf zusätzliche Gespräche anbieten zu können, ist für 7,8 % der Ärztinnen/Ärzte und 21,5 % der Pflegefachpersonen selten/nie gegeben.
- Auf Dolmetscherdienste und Übersetzungsleistungen zurückzugreifen, ist nur sehr eingeschränkt möglich: 68,9 % der Ärztinnen/Ärzte können sie nur manchmal oder seltener nutzen, 39 % selten oder nie. Für Pflegefachpersonen stellt sich die Situation noch schlechter dar: Drei Viertel (75 %) von ihnen haben nur manchmal oder seltener Zugriff auf Dolmetscherdienste und Übersetzungsleistungen, die Hälfte (50,3 %) sogar selten oder nie.
- Zwischen den gegebenen Rahmenbedingungen und der Aufgabenrealisierung durch Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen besteht ein positiver Zusammenhang. Bei Pflegefachpersonen zeigen sich schwache bis moderate Zusammenhänge ($r=0,209$ bis $r=0,346$). Bei Ärztinnen/Ärzten ist der Zusammenhang stärker ($r=0,320$ bis $r=0,589$).

4.6.1 Ärztinnen/Ärzte

Bei den Ärztinnen/Ärzten beträgt der Punktwert 76,2 Punkte (Abbildung 1-56); sie nehmen die bestehenden Rahmenbedingungen also positiv wahr.

Abbildung 1-56: **Ärztinnen/Ärzte: Rahmenbedingungen**; Punktwert von 0 (nie) – 100 ((fast) immer)

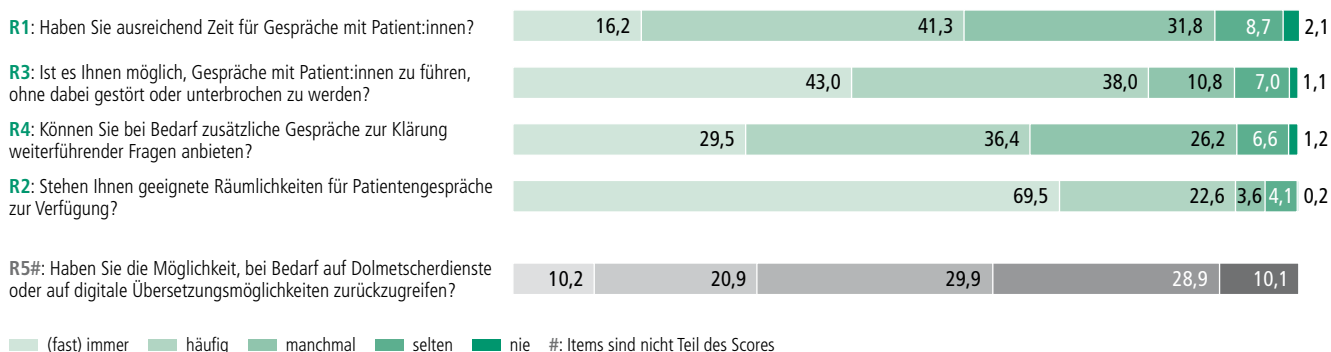
Rahmenbedingungen

76,2

Betrachtet man die dem Punktwert zugrundeliegenden Einzelitems (Item R1-R4), zeigt sich, dass das Item „ausreichend Zeit für Gespräche mit Patientinnen/Patienten zur Verfügung haben“ (Item R1) am schlechtesten eingeschätzt wird (Abbildung 1-57): 10,8 % der befragten Ärztinnen/Ärzte geben an, selten oder nie ausreichend Zeit für Gespräche zu haben. An zweiter Stelle in der Rangfolge steht mit 8,1 %, dass es selten oder nie möglich ist, „Gespräche mit Patientinnen/Patienten zu führen, ohne dabei gestört oder unterbrochen zu werden“ (Item R3). Ungefähr gleichauf liegt die Frage danach, ob Befragte „bei Bedarf zusätzliche Gespräche zur Klärung weiterführender Fragen“ anbieten können (Item R4). 7,8 % beantworten dies mit selten oder nie. Betrachtet man zusätzlich die Anteile derer, die mit manchmal geantwortet haben, stechen besonders die Items R1 und R4 hervor: 42,6 % bzw. 34 % verfügen nur manchmal oder seltener über ausreichend Zeit oder können zusätzliche Gespräche anbieten. So trivial dies erscheinen mag, so essenziell sind diese Bedingungen, um adäquat Wissen und Informationen vermitteln und Patientinnen/Patienten empowern zu können. Auch um komplexe Sachverhalte zu erklären, Fragen zu beantworten und Vertrauen zu schaffen, sind Zeit und ggf. mehrfache Gespräche,

ebenso eine ungestörte Gesprächsatmosphäre, erforderlich.³⁹ Am unproblematischsten wird die Verfügbarkeit „geeigneter Räumlichkeiten für Patientinnen-/Patientengespräche“ (Item R2) eingeschätzt. Lediglich 4,3 % geben dies als nicht oder selten gegeben an.

Abbildung 1-57: Ärztinnen/Ärzte: Organisatorische Rahmenbedingungen; Einzelitems in Prozent; „Gerne würden wir auch etwas über die Rahmenbedingungen erfahren, die für Gespräche mit Patientinnen/Patienten relevant sind.“



Die Frage, ob Befragte die Möglichkeit haben, auf „Dolmetscherdienste oder auf digitale Übersetzungsmöglichkeiten zurückzugreifen“ (Item R5#), wurde aus statistischen Gründen zwar nicht in den zusammenfassenden Punktwert einbezogen, soll hier aber dennoch berichtet werden. Der Mehrheit von 68,9 % der Ärztinnen/Ärzte stehen diese Dienste nur manchmal oder seltener (manchmal, selten, nie) zur Verfügung, 39 % sogar selten oder nie. Damit ist die Verfügbarkeit von Dolmetscherdiensten deutlich seltener gegeben als die anderer Rahmenbedingungen.

Fragt sich, wie relevant die abgefragten Rahmenbedingungen für die Aufgabenrealisierung bei der Förderung von Gesundheitskompetenz durch die Gesundheitsprofessionen/-berufe sind. Dazu wurde in einer Korrelationsanalyse der Zusammenhang zwischen den Rahmenbedingungen und denjenigen Aufgabenbereichen und Teilbereichen untersucht, die für die Förderung der Gesundheitskompetenz von Patientinnen/Patienten wichtig sind (Tabelle 1-5 und Tabelle 1-6).⁴⁰ Der Zusammenhang mit den Rahmenbedingungen gilt insbesondere für den Aufgabenbereich „Patientenzentrierte Kommunikation“ ($r=0,589$; $p<0,001$). Der Teilbereich der Informations- und Wissensvermittlung „Vorwissen, Informationsbedarf und -bedürfnisse ermitteln und berücksichtigen“ ($r=0,398$; $p<0,001$) steht an zweiter Stelle. Der schwächste Zusammenhang besteht zwischen dem Teilbereich „Informationsvoraussetzung ermitteln und einschätzen“ ($r=0,320$; $p<0,001$).

³⁹ Die Ergebnisse sind auch insofern bemerkenswert, als seitens der (Haus-)Ärztenschaft häufig beklagt wird, beispielsweise nicht genügend Zeit für Patientengespräche zu haben (MLP, 2022; PwC, 2019) – sei es aus finanziellen Gründen oder wegen der großen Zahl an zu behandelnden Patientinnen/Patienten. Diese und andere Kritikpunkte finden sich in den Daten nur sehr abgeschwächt wieder.

⁴⁰ Ein positiver Zusammenhang bedeutet, dass besser verfügbare Rahmenbedingungen mit einer leichteren Aufgabenrealisierung (einem höheren Punktwert) einhergehen.

Tabelle 1-5: **Ärztinnen/Ärzte: Rahmenbedingungen und Teilbereiche der Informations- und Wissensvermittlung; Pearson-Korrelation**

| | Informations- und Wissensvermittlung | | | | |
|-------------------|---|--|---------------------------------------|---|--|
| | Informationsvoraussetzung ermitteln und einschätzen | Vorwissen, Informationsbedarf und -bedürfnisse ermitteln und berücksichtigen | Informationen vermitteln und erklären | Mit Herausforderungen bei der Informationsvermittlung umgehen | Überprüfen, ob Informationsinhalte verstanden wurden |
| Rahmenbedingungen | 0,320*** | 0,398*** | 0,365*** | 0,325*** | 0,379*** |

***p<0,001

Tabelle 1-6: **Ärztinnen/Ärzte: Rahmenbedingungen und patientenzentrierte Kommunikation; Pearson-Korrelation**

| | Patientenzentrierte Kommunikation |
|-------------------|-----------------------------------|
| Rahmenbedingungen | 0,589*** |

***p<0,001

Auch wenn hier keine kausale Schlussfolgerung gezogen werden kann, legen die Ergebnisse nahe, dass bessere Rahmenbedingungen die Aufgabenrealisierung erleichtern. Gut ausgestaltet können diese also einen entscheidenden Beitrag bei der Förderung von Gesundheitskompetenz leisten.

4.6.2 Pflegefachpersonen

Bei den Pflegefachpersonen beträgt der Punktwert bei den organisatorischen Rahmenbedingungen 52,9 Punkte (Abbildung 1-58). Er ist damit signifikant niedriger als bei den Ärztinnen/Ärzten. Pflegefachpersonen schätzen die gegebenen Rahmenbedingungen also deutlich schlechter ein.

Abbildung 1-58: **Pflegefachpersonen: Organisatorische Rahmenbedingungen**; Punktwert von 0 (nie) – 100 ((fast) immer)

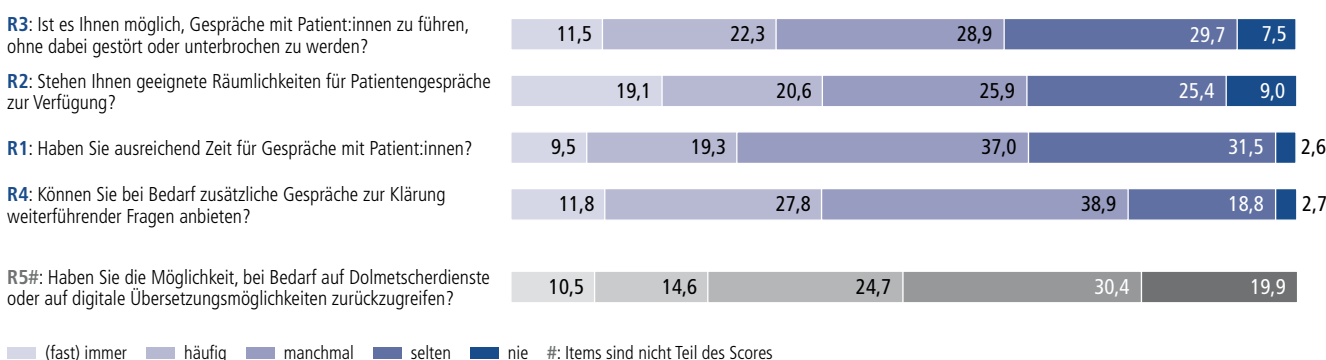
Schaut man sich bei den Pflegefachpersonen detaillierter an, wie das Ergebnis in unterschiedlichen Settings ausfällt, ergibt sich folgendes Bild: Personen, die in einem stationären Setting tätig sind (n=433), erreichen nicht einmal die Hälfte der möglichen Punktzahl (49,1 Punkte). Ambulant tätige Pflegefachpersonen (n=176) erzielen einen signifikant höheren Wert (61,2 Punkte); sie nehmen die Rahmenbedingungen positiver wahr.

Mit Blick auf die abgefragten Rahmenbedingungen (Abbildung 1-59) zeigt sich, dass es 37,2 % der Pflegefachpersonen nie oder nur selten möglich ist, „Gespräche mit Patientinnen/Patienten zu führen, ohne dabei gestört zu werden“ (Item R3). Die Frage, ob „geeignete Räumlichkeiten für Gespräche mit Patientinnen/Patienten“ zur Verfügung stehen (Item R2), beantworten 34,4 % mit selten oder nie. Ob sie „ausreichend Zeit für Gespräche mit Patientinnen/Patienten“ haben (Item R1), geben 34,1 % ebenfalls mit selten oder nie an. Probleme (selten/nie), „bei Bedarf zusätzliche Gespräche zur Klärung weiterführender Fragen anzubieten“ äußern 21,5 % der Befragten. Bezieht man zusätzlich die mittlere Kategorie „manchmal“ mit ein, zeigt sich, dass Pflegefachpersonen nur zu einem kleinen Teil auf geeignete Rahmenbedingungen zurückgreifen

können. Dies betrifft vor allem den Faktor Zeit. Nur 28,8 % ist es möglich, (fast) immer oder häufig ausreichend Zeit für Gespräche mit Patientinnen/Patienten aufzubringen; ungestörte Patientengespräche können lediglich 33,8 % führen. Auch die sonstigen Rahmenbedingungen weisen nach den befragten Pflegefachpersonen auf Defizite.

Darauf deutet auch das Item R5# hin, das auch hier am schlechtesten beurteilt wird: Für ein Fünftel der Pflegenden (19,9 %) gibt es zu keiner Zeit die „Möglichkeit, bei Bedarf auf Dolmetscherdienste oder digitale Übersetzungsdienste“ im Gespräch mit Patientinnen/Patienten zurückzugreifen; für immerhin die Hälfte der Befragten (50,3 %) ist dies selten oder nie der Fall. Für den Großteil von drei Viertel der Befragten (75 %) gilt dies manchmal oder seltener.

Abbildung 1-59: Ärztinnen/Ärzte: Organisatorische Rahmenbedingungen; Einzelitems in Prozent; „Gerne würden wir auch etwas über die Rahmenbedingungen erfahren, die für Gespräche mit Patientinnen/Patienten relevant sind.“



Wie aber hängen die erhobenen Rahmenbedingungen mit den Möglichkeiten der Aufgabenrealisierung zusammen? Die vorgenommene *Korrelationsanalyse* zeigt einen moderaten positiven Zusammenhang (Tabelle 1-7 und Tabelle 1-8) für die einzelnen Aufgaben- und Teilbereiche. Bessere Rahmenbedingungen gehen demnach auch bei den Pflegefachpersonen mit einer leichteren Aufgabenrealisierung (höheren Punktwerten) einher. Dabei ist die Beziehung bei dem Aufgabenbereich „Patientenzentrierte Kommunikation“ ($r=0,346$; $p<0,001$) mit den Rahmenbedingungen sowie bei dem Teilbereich „Überprüfen, ob Informationsinhalte verstanden wurden“ ($r=0,285$; $p<0,001$) am stärksten. Die anderen Teilbereiche korrelieren auf ähnlichem Niveau jeweils etwas schwächer mit dem Punktwert. Auch wenn also eine gewisse Beziehung zwischen den Teilbereichen und den abgefragten Rahmenbedingungen besteht, scheinen Rahmenbedingungen und Aufgabenrealisierung bei Pflegefachpersonen schwächer miteinander verknüpft zu sein als bei den Ärztinnen/Ärzten.

Tabelle 1-7: Pflegefachpersonen: Organisatorische Rahmenbedingungen und Teilbereiche der Informations- und Wissensvermittlung; Pearson-Korrelation

| Rahmenbedingungen | Informations- und Wissensvermittlung | | | | |
|-------------------|---|--|---------------------------------------|---|--|
| | Informationsvoraussetzung ermitteln und einschätzen | Vorwissen, Informationsbedarf und -bedürfnisse ermitteln und berücksichtigen | Informationen vermitteln und erklären | Mit Herausforderungen bei der Informationsvermittlung umgehen | Überprüfen, ob Informationsinhalte verstanden wurden |
| | 0,209*** | 0,223*** | 0,217*** | 0,275*** | 0,285*** |

*** $p<0,001$

Tabelle 1-8: Pflegefachpersonen: Organisatorische Rahmenbedingungen und patientenzentrierte Kommunikation; Pearson-Korrelation

| | Patientenzentrierte Kommunikation |
|-------------------|-----------------------------------|
| Rahmenbedingungen | 0,346*** |

*** $p < 0,001$

4.6.3 Vergleichende Betrachtung

Im Bereich „Organisatorische Rahmenbedingungen“ bestehen erhebliche Unterschiede zwischen beiden Berufsgruppen, wie die Punktwerte zeigen (Abbildung 1-60).

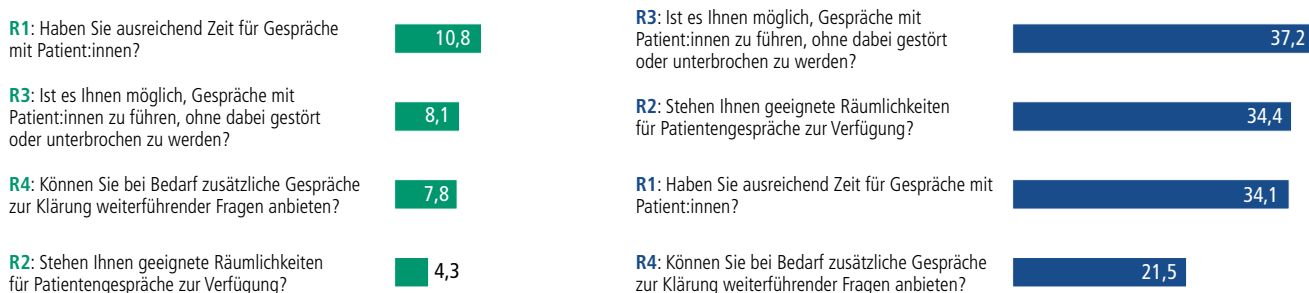
Dies spiegelt sich auch auf der Ebene der Einzelitems wider. Pflegefachpersonen geben z. B. vier- bis fünfmal häufiger als Ärztinnen/Ärzte an, dass ihnen Räumlichkeiten oder angemessene Zeit für ungestörte Patientengespräche fehlen (Abbildung 1-61). Auch bei der Rangfolge der am seltensten verfügbaren Rahmenbedingungen zeigen sich Unterschiede. Die für Pflegende am seltensten verfügbare Rahmenbedingung, ungestört Gespräche führen zu können (Item R3), liegt bei Ärztinnen/Ärzten auf dem zweiten Platz, wohingegen der Faktor Zeit (Item R1) am häufigsten als problematisch angegeben wird. Bei Pflegefachpersonen steht dieser Aspekt dagegen an dritter Stelle.

Abbildung 1-60: Organisatorische Rahmenbedingungen; Punktwert von 0 (schwierig) – 100 (einfach) für Ärztinnen/Ärzte (■) und Pflegefachpersonen (■)



Übereinstimmend zeigt sich für beide Gesundheitsprofessionen/-berufe, dass Übersetzungsdienste nur selten verfügbar sind (R5#) – etwas, das bereits seit langer Zeit moniert wird und einmal mehr die Forderung stützt, die Kommunikation zwischen den Gesundheitsprofessionen/-berufen und Patientinnen/Patienten bei Bedarf muttersprachlich zu unterstützen, etwa durch die Hinzuziehung von Dolmetschern oder Sprach- und Kulturmittlern oder aber digitalen Diensten (Adam et al., 2019; Berens et al., 2022a; Baumeister et al., 2021; Klapper & Cichon, 2021; Robert Bosch Stiftung, 2021).

Abbildung 1-61: **Organisatorische Rahmenbedingungen; Anteil „selten“ oder „nie“ für Einzelitems für Ärztinnen/Ärzte (■) und Pflegefachpersonen (■) in Prozent; „Gerne würden wir auch etwas über die Rahmenbedingungen erfahren, die für Gespräche mit Patientinnen/Patienten relevant sind.“**



Summierend sind, neben den Befunden auf Ebene der Einzelitems, zwei wichtige Ergebnisse herauszustellen: Zum einen zeigen sie, dass sich die Rahmenbedingungen für Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen unterschiedlich darstellen und sie für die Pflege signifikant schlechter ausfallen. Zum anderen weist die Korrelationsanalyse darauf, dass zwischen Rahmenbedingungen und Aufgabenrealisierung ein Zusammenhang besteht und positive (schlechte) Rahmenbedingungen mit einer leichteren (schwierigeren) Aufgabenbewältigung bei der Förderung von Gesundheitskompetenz einhergehen.

Damit bestätigen die Ergebnisse einerseits das relationale Verständnis von Gesundheitskompetenz und zeigen, wie die Rahmenbedingungen die professionelle Gesundheitskompetenz prägen. Zugleich belegen sie, dass und wie wichtig es ist, in stützende und aufgabenkonforme Rahmenbedingungen zu investieren.

5 Diskussion der Ergebnisse

Der Wandel zur (digitalen) Informations- und Wissensgesellschaft schreitet zügig weiter voran und mit ihm die Herausforderung an die/den Einzelne/n, sich in einer immer größeren Menge und Vielfalt an Information zurechtzufinden. Diese Entwicklung hat auch vor dem Gesundheitsbereich nicht Halt gemacht. Auch gesundheitsrelevante Informationen sind heute – befördert durch die rasch voranschreitende digitale Transformation – in großer Zahl verfügbar. Doch existieren hier wie überall vertrauenswürdige, zuverlässige Informationen neben einer steigenden Menge an unseriösen und qualitativ fragwürdigen Informationen, sodass eine unüberschaubare und verwirrende Informationslandschaft entstanden ist (Borges do Nascimento et al., 2022; Koch, 2020; Schaeffer & Gille, 2021). Für die/den Einzelne/n ist das schwierig: denn täglich ist sie/er explizit oder implizit gefordert, Gesundheitsentscheidungen zu treffen und sieht sich dabei vor die Situation gestellt, in der Fülle an verfügbaren Informationen zu suchen, die richtige Information zu finden, zu verstehen, ihre Vertrauenswürdigkeit einzuschätzen und sie für das eigene Gesundheitsverhalten oder das seiner Angehörigen zu nutzen. Diese Herausforderung stellt sich in allen Lebensbereichen – im Bildungsbereich, im Ernährungs-, Konsum- und Freizeitbereich etc. – und ganz besonders im Gesundheitssystem bzw. in der Rolle als souveräne/r Patientin/Patient (Dierks & Seidel, 2014; Schaeffer & Hurrelmann, i. E.). Um ihr nachkommen zu können, benötigen viele Menschen Unterstützung und wenden sich dazu auch an die Gesundheitsprofessionen/-berufe. Sie sind nach wie vor die erste Anlaufstelle bei der Suche nach Gesundheitsinformationen (Baumann et al., 2020; Beisch & Koch, 2022; Gille et al., 2021; Hurrelmann et al., 2020). Ihnen kommt daher hohe Bedeutung für die Förderung von Gesundheitskompetenz zu.

Doch ist diese zunehmend bedeutsame Aufgabe für die Gesundheitsprofessionen/-berufe nicht einfach. Denn auch sie sind mit einem enormen und rasant voranschreitenden (globalen) Informations- und Wissenszuwachs konfrontiert und daher ihrerseits gefordert, ein umfassendes Informations- und Wissensmanagement zu betreiben – sowohl, um beruflich auf dem Laufenden zu bleiben, wie auch um Patientinnen/Patienten auf dem neuesten Wissensstand informieren und beraten zu können. Nicht weniger bedeutsam ist es für sie, sich mit Fragen der Informations- und Wissensvermittlung und generell der Kommunikation auseinanderzusetzen – allein, um so der Demokratisierung der Patientenrolle entsprechen zu können: nicht mehr *über* Patientinnen/Patienten, sondern *mit* ihnen zu entscheiden, gemeinsam Behandlungs- und Versorgungsziele/-strategien zu beraten und auszuhandeln und auch, um dem entgegenstehende Informationsasymmetrien abzubauen und der Informations- und Wissensvermittlung höheren Stellenwert zu verleihen. Auch Patientinnen/Patienten bei den vielfältigen Herausforderungen im Umgang mit digitalen Informationsmedien und Informationen zu unterstützen, ist eine zunehmend bedeutsame, aber im Alltag keineswegs einfach leistbare Aufgabe.

Wie einfach oder schwer Gesundheitsprofessionen/-berufen diese für die Förderung der Gesundheitskompetenz von Patientinnen/Patienten essenziellen Aufgaben fallen, wurde in der vorliegenden Studie – dem Charakter nach eine Pioniererhebung – im Rahmen einer Online-Befragung untersucht. Dabei standen in Deutschland die ambulante Versorgung bzw. hier tätige Allgemeinärztinnen/-ärzte sowie hausärztlich tätige Internistinnen/Internisten und Pflegefachpersonen im Mittelpunkt. Allerdings wurde kein Direktvergleich angestrebt, denn zwischen beiden Gesundheitsprofessionen/-berufe bestehen erhebliche Unterschiede.⁴¹ Doch

41 Zwischen beiden existieren nicht nur Statusunterschiede, auch der Professionalisierungsgrad unterscheidet sich deutlich: Während die Ärztinnen/Ärzte zu den sogenannten „alten Professionen“ gehören (Mok, 1969), handelt es bei der Pflege um einen traditionsreichen Gesundheitsberuf, der in Deutschland erst seit einigen Jahrzehnten bemüht ist, in einen Professionalisierungsprozess einzutreten. Dessen Chancen sind ungewiss, wie sich allein an dem nach wie vor geringen Akademisierungsgrad der Pflege in Deutschland zeigt (Wissenschaftsrat, 2022). In vielen, besonders den anglo-amerikanischen Ländern stellt sich das anders dar (Lehmann et al., 2019; Schaeffer et al., 2010).

ist beiden gemeinsam, dass sie regelmäßigen und umfangreichen Kontakt zu Patientinnen/Patienten haben und daher wichtige Instanzen für die Förderung von Gesundheitskompetenz darstellen. Die wichtigsten Ergebnisse sollen abschließend noch einmal diskutiert werden.

Einschätzung der professionellen Gesundheitskompetenz

Die Gesundheitsprofessionen/-berufe fühlen sich recht gut für die Förderung von Gesundheitskompetenz gerüstet.

Die zuvor dargestellten Studienergebnisse zeigen insgesamt, dass sich beide Gesundheitsprofessionen/-berufe für die Förderung der Gesundheitskompetenz von Patientinnen/Patienten und die sich dabei stellenden Aufgaben recht gut gewappnet fühlen. Die Punktwerte auf der Skala von 0 bis 100 Punkten liegen bei keinem Aufgabenbereich unter 50 und bewegen sich bei beiden Gesundheitsprofessionen/-berufen zwischen 53 und 74 Punkten. Das ist insofern bemerkenswert, als die vorliegende Literatur ein tendenziell anderes Bild zeichnet und daher anzunehmen war, dass die bei der Förderung von Gesundheitskompetenz zu bewältigenden Aufgaben ihnen Schwierigkeiten bereiten würden.

Bei der Einordnung der Ergebnisse muss bedacht werden, dass die Fragebogenerhebung auf subjektiven Einschätzungen der eigenen Fähigkeiten bzw. der Schwierigkeiten mit den sich bei der professionellen Förderung von Gesundheitskompetenz stellenden Aufgaben basiert. Subjektive Einschätzungen müssen nicht unbedingt mit den tatsächlichen Fähigkeiten in Übereinstimmung stehen und können – wie in der Literatur betont wird (Berens et al., 2022b; Stock et al., 2022) –, *optimistischer oder auch pessimistischer* ausfallen. Das kann u. a. bedeuten, dass die Befragten die Aufgabenrealisierung einfacher einschätzen als sie realiter ist.

Zugleich ist zu bedenken, dass die gegebenen Antworten vermutlich stark durch die täglich zum Einsatz kommenden Routinen und auch die jeweiligen Kontextbedingungen mit den ihnen innewohnenden, jeweils unterschiedlichen Anforderungen geprägt sind und diese widerspiegeln. Ärztinnen/Ärzte kommunizieren im Berufsalltag meist während des ganzen Tages mit Patientinnen/Patienten. Sie sind dabei gefordert, innerhalb kurzer Zeit über unterschiedlichste Diagnosen und teilweise sehr schwierige und schwer zu verarbeitende Sachverhalte aufzuklären und entsprechende Hintergrundinformationen zu vermitteln. Ähnliches gilt – wenngleich in anderer Weise – auch für Pflegefachpersonen. Das dürfte sich bei der Beantwortung der erfragten Kommunikations- und Informationsaufgaben dergestalt niedergeschlagen haben, dass deren Schwierigkeitsgrad relativ gering eingeschätzt wird. Ob die Gesundheitsprofessionen/-berufe im Alltag allerdings Informationen nicht nur weitergeben, sondern sie systematisch und verständlich vermitteln und *so erklären*, dass sie vom Gegenüber auch aufgenommen, eingeordnet, beurteilt und zudem erinnert und genutzt werden können, steht auf einem anderen Blatt.

Offen ist auch, ob die Befragten im Sinn der dem Fragebogen zugrundeliegenden Konzepte geantwortet haben. Anzunehmen ist – wie eben angedeutet –, dass das nicht immer der Fall ist und die Konzepte ihnen vermutlich oft kaum geläufig sind. Dafür spricht, dass der vorliegenden Erhebung zufolge nahezu zwei Drittel der Befragten beider Berufsgruppen beispielsweise wenig mit dem Gesundheitskompetenzkonzept vertraut sind. Ähnlich könnte es sich auch mit Konzepten der Wissens- und Informationsvermittlung und der patientenzentrierten Kommunikation verhalten. Um das genauer zu prüfen, ist eine entsprechende Erweiterung des Fragebogens überlegenswert. Sinnvoll dürften zudem ergänzende Erhebungen sein, etwa in Form von Fokusgruppenanalysen oder kognitiven Interviews.

Trotz dieser möglichen Limitationen darf nicht übersehen werden, dass die Ergebnisse wertvolle Einblicke in die subjektive Sicht und Lebenswirklichkeit der Befragten ermöglichen, ebenso in

die sich ihnen stellenden Schwierigkeiten bei der Förderung der Gesundheitskompetenz von Patientinnen/Patienten. Sie beleuchten zugleich die Ausgangs- und Informationsvoraussetzungen der Befragten. Beides sind für die Konzipierung von bedarfs- und adressatengerechten Interventionen wichtige Aspekte. Denn oft haben Interventionsmaßnahmen auch zur Förderung der Gesundheitskompetenz allein deshalb nur begrenzten Erfolg, weil sie über die Informationsvoraussetzungen und die subjektive Lebenswirklichkeit hinweggehen und den sich den Adressaten stellenden (Handlungs-)Problemen, nicht ausreichend Beachtung schenken oder auch, weil sie ein Informationsniveau unterstellen, das nicht der Realität entspricht (Schaeffer et al., 2017).

Ganz in diesem Sinn sind besonders die in der Erhebung sichtbar gewordenen subjektiven Schwierigkeiten bei der Aufgabenbewältigung zu beachten, denn sie weisen auf konkrete Ansatzpunkte und Anknüpfungsmöglichkeiten für Verbesserungen hin. Und dass Verbesserungen der professionellen Gesundheitskompetenz wünschenswert sind, wird deutlich, vergegenwärtigt man sich, dass bei allen Aufgabenbereichen ungefähr ein Drittel der jeweils möglichen Punktzahl nicht erreicht wurde. Somit werden längst nicht alle der zur professionellen Gesundheitskompetenz gehörenden Aufgaben reibungslos bewältigt. Schlussfolgern lässt sich daraus insgesamt, dass die Förderung der professionellen Gesundheitskompetenz künftig trotz der insgesamt moderaten Punktwerte expliziter Aufmerksamkeit bedarf.

Informations- und Wissensmanagement

Bei dem Informations- und Wissensmanagement stellt der Umgang mit wissenschaftlichen und statistischen Befunden eine Herausforderung dar.

Die Ergebnisse im Aufgabenbereich Informations- und Wissensmanagement bestätigen diesen Eindruck und machen zugleich deutlich, wo dabei anzusetzen ist. Denn am schwersten fällt den beiden Gesundheitsprofessionen/-berufen hier, statistische Ergebnisse korrekt einzuordnen und die Vertrauenswürdigkeit und Evidenz von Fachinformationen einzuschätzen. Dies steht in Übereinstimmung mit der vorliegenden Literatur (Gigerenzer & Muir Gray, 2013; Jenny et al., 2018) und weist zugleich auf bestehenden Handlungsbedarf.

Wie wichtig es ist, ihn anzugehen wird deutlich, vergegenwärtigt man sich noch einmal, dass wissenschaftliches Wissen seit langem immer mehr direkt in alle Alltagsbereiche eindringt und dort an Bedeutung für die Problemlösung gewinnt (Beck & Bonß, 1989). Für den professionellen Alltag gilt das umso mehr – nicht zuletzt durch die seit Jahren nachdrücklich erhobene Forderung nach Verbesserung der Evidenzbasierung professionellen Handelns und die rasche globale Zunahme wissenschaftlichen Wissens und Information mit direkter Relevanz für das eigene professionelle Handeln.⁴² Ebenso gilt dies allerdings auch für falsches oder zwiespältiges Fachwissen, das sich – auch aufgrund mangelnder Gesundheitskompetenz – teilweise schneller verbreitet als wünschenswert ist.

Die Corona-Pandemie hat dies eindrucksvoll unter Beweis gestellt und dieser Entwicklung zugleich neue Schubkraft verliehen. Musste zunächst – wie in allen Krisenzeiten – mit dem unerwarteten Auftauchen des SARS-CoV-2 unter Unsicherheit und Ungewissheit entschieden und gehandelt werden, so lagen alsbald erste internationale Studien vor, denen schnell weitere folgten. In der

⁴² Studien zur Anzahl publizierter Artikel zeigen im weltweiten Durchschnitt der letzten Jahre eine jährliche Wachstumsrate von 3,83 %. Im Jahr 2018 wurden demnach 2.555.959 Artikel in den Bereichen Health Sciences, Biologie und Biomedizin, Computer- und Informationswissenschaften, Chemie, Sozialwissenschaften, Ingenieurwissenschaften, Physik und Materialwissenschaften veröffentlicht (White, 2019). In den großen Ländern und Wirtschaftsräumen China, EU, Indien, Japan und USA liegt dabei der Anteil Artikel in den Health Sciences, Biologie und Biomedizin zwischen ungefähr 20 % und 50 % (ebd.). Dies bedeutet nicht notwendigerweise, dass das vorhandene Wissen in gleichem Maße zunimmt, wohl aber die Information, die dazu verarbeitet werden muss.

Regel hatten sie direkte Relevanz für den Alltag der Gesundheitsprofessionen/-berufe – speziell in der Medizin, doch abgewandelt auch in der Pflege. Sie mussten daher direkt rezipiert werden, ohne praxisfreundliche Aufbereitung und ohne auf Handlungsfelder oder Adressatengruppen zugeschnitten zu sein, und auch, ohne den qualitätssichernden Weg über Fachdiskussionen und begutachtete Publikationen in Fachzeitschriften abwarten zu können. Zugleich war und ist die Zuverlässigkeit und Qualität vieler Studien und wissenschaftlicher Befunde/Informationen schwer beurteilbar, wie die Ergebnisse dieser Untersuchung verdeutlicht haben, denn gerade während der Pandemie haben auch interessengeleitete Informationen stark zugenommen (Jacob et al., 2023; Zarocostas, 2020).

Anzunehmen ist, dass diese Entwicklung mit Voranschreiten der digitalen Transformation weitergehen wird, sodass erforderlich ist, intensiver über intermediäre Strukturen und neue, strukturell verankerte *Formen sicheren Wissenstransfers* nachzudenken.⁴³ In den letzten Jahren sind in der Medizin dazu bereits etliche, häufig kommerzielle, Initiativen zum Wissenstransfer entstanden (etwa elektronische Datenbanken, Nachschlagewerke und Entscheidungshilfen wie „Amboss“, „UpToDate“ oder „DynaMed“), sie scheinen aber nicht immer oder durchgängig die erhoffte Wirkung zu haben. In der Pflege wiederum ist hier eine Leerstelle zu verzeichnen. Die Wichtigkeit, den Wissenstransfer zu verbessern, wurde und wird hier zwar immer wieder diskutiert und gefordert (Görres, 2002; Schaeffer, 2006a); die Forderung wurde aber bislang nicht systematisch umgesetzt. Bislang ist der Wissenstransfer in der Pflege in Deutschland gesetzlich unzureichend geregelt. Daher existieren bis heute keine verbindlichen, einheitlichen, systematischen Maßnahmen zum Wissenstransfer und zur Weiterbildung, sondern lediglich Einzelinitiativen etwa im Rahmen des Qualitätsmanagements (siehe u.a. die Aktivitäten des Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege – DNQP).

Neben der Verbesserung des Wissenstransfers ist erforderlich, sowohl die *Scientific Literacy* als auch die *Statistical Literacy*, also die Kompetenz im Umgang mit wissenschaftlichem Wissen und mit den Methoden und Verfahrensweisen empirischer Studien zu *stärken*, um die Gesundheitsprofessionen/-berufe besser zu befähigen, evidenzbasiert handeln und Patientensicherheit gewährleisten zu können. Das gilt für alle Gesundheitsprofessionen/-berufe – speziell aber die Gesundheitsprofessionen/-berufe, in deren Ausbildungen die Auseinandersetzung mit wissenschaftlichen Befunden und empirischen Studien bisher bestenfalls rudimentär verankert ist und die Forderung nach Evidenzbasierung an der dazu nötigen wissenschaftlichen Fundierung – auch der Ausbildung – an Grenzen stößt.⁴⁴ Erforderlich ist daher eine entsprechende Veränderung der Ausbildung, aber auch der Fort- und Weiterbildung und anderer Voraussetzungen für evidenzbasiertes Handeln. In der Pflege gehört dazu außerdem allem anderen voran ein entsprechender Ausbau der (klinischen) Forschung wie auch der Etablierung von Change Agents, die dafür Sorge tragen, dass neue wissenschaftliche Erkenntnisse und neue wissenschaftliche Konzepte in den Alltag einkehren und wirksam in der Praxis implementiert werden (Cusson et al., 2020; Schaeffer et al., 2010).

Dafür spricht auch ein anderes Argument: Längst sehen sich die Gesundheitsprofessionen/-berufe zunehmend mit expertisierten Patientinnen/Patienten konfrontiert, die oft besser informiert sind als sie selbst und direkt wissenschaftliches Wissen und Studienbefunde rezipieren, ohne sie allerdings immer verstehen und einschätzen zu können. Mit ihren Fragen zur Erklärung und

43 Dies ist umso bedeutender, als wissenschaftliches Wissen einer anderen Logik folgt als Alltagswissen und deshalb gewissermaßen einer Übersetzung, ja Transformation in Handlungswissen bedarf, um im professionellen Alltag problemlos nutzbar zu sein (Schaeffer, 2006b)

44 Dies trifft in dieser Untersuchung speziell auf die Pflegefachpersonen zu. Zwar bereitet ihnen der Umgang mit statistischen Ergebnissen und wissenschaftlichen Befunden der Erhebung zufolge geringere Schwierigkeiten als Ärztinnen/Ärzten. Das dürfte aber weniger als Ausdruck der realen Fähigkeiten zu verstehen sein als vielmehr als Aussage über die Kontextbedingungen in der Pflege. Bis heute spielen in der Pflegepraxis in Deutschland wissenschaftliche und empirische Fundierung bzw. Evidenzgesichtspunkte eine geringe Rolle, wie nicht zuletzt der geringe Grad an akademischer Durchdringung des Pflegeberufs belegt (Wissenschaftsrat, 2012; 2022).

Einordnung dieser Informationen wenden sie sich häufig an die Gesundheitsprofessionen/-berufe. Damit umzugehen, ist keine leichte Aufgabe für die Gesundheitsprofessionen/-berufe (Baumgart, 2010; Ewers & Schaeffer, 2016; Schaeffer & Vogt, 2022), wie auch die Ergebnisse dieser Studie zeigen.⁴⁵ Auch dies unterstreicht aus anderer Perspektive, wie wichtig es ist, die Scientific bzw. Statistical Literacy der Gesundheitsprofessionen/-berufe zu stärken, ebenso freilich deren edukative Fähigkeiten.

Informations- und Wissensvermittlung

Bei der Informations- und Wissensvermittlung bereitet der Umgang mit herausfordernden Situationen die größten Schwierigkeiten.

Für beide Gesundheitsprofessionen/-berufe ist die Informations- und Wissensvermittlung ein schwieriger, ja sogar der zweitschwierigste unter den vier erfragten Aufgabenbereichen. Das ist wenig erstaunlich, da eine systematische, konzeptionell gestützte Informationsvermittlung und insgesamt im weitesten Sinn zur Patientenedukation gehörende Aufgaben in Deutschland nach wie vor eine eher randständige Bedeutung in den Ausbildungen/Studiengängen beider Berufe haben.⁴⁶

Weil der Aufgabenbereich Informations- und Wissensvermittlung so umfangreich ist, wurde er in fünf Teilbereiche untergliedert, die sich am Verlauf systematischer Informationsvermittlungsprozesse orientieren. Der Vergleich dieser fünf Teilbereiche zeigt, dass es für beide Gesundheitsprofessionen/-berufe besonders schwierig ist, „mit Herausforderungen bei der Informationsvermittlung umzugehen“. Vor allem mit fehl- oder falschinformierten oder aber mit überinformierten Patientinnen/Patienten zurechtzukommen, fällt beiden Gesundheitsprofessionen/-berufen schwer. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch die Erhebungen in Österreich und der Schweiz (HLS-PROF Konsortium, 2023). Das ist deshalb diskutierenswert, weil Aufgaben wie diese in den letzten Jahren durch den mit der Digitalisierung vereinfachten Zugang zu Informationen – auch zu Fachinformationen – einen immer größeren Stellenwert erhalten haben. Ebenso ist die enorme Zunahme von Fehl- und Falschinformationen im Internet nicht folgenlos für die Gesundheitsprofessionen/-berufe geblieben. Bereits heute steht das Internet an zweiter Stelle der präferierten Informationsquellen (Baumann et al., 2020; Hurrelmann et al., 2020) und wird vielfach begleitend zur professionellen Information hinzugezogen (coliquio, 2022). Doch gerade im Internet stehen zuverlässige Informationen neben Fehl- und Falschinformationen und diese stoßen auf größere Resonanz als wünschenswert ist. Fehl- und Falschinformationen verunsichern nicht nur, sondern führen auch zu unrichtigen Wissensannahmen und fragwürdigen Krankheits- und Gesundheitstheorien, ebenso zu ungesundem, ja gesundheitsgefährdendem Verhalten – wie während der Corona-Pandemie beobachtet werden konnte. Durch diese Entwicklung sind die Gesundheitsprofessionen/-berufe vermehrt gefordert, Wissen zu korrigieren und Umlernprozesse einzuleiten – eine schwierige und zeitaufwändige Aufgabe, die Fähigkeiten erfordert, die in der Ausbildung/dem Studium bislang kaum Beachtung finden.

45 Zur Erinnerung: 18,7 % der Ärztinnen/Ärzte und 17,1 % der Pflegefachpersonen schätzen den Umgang mit „überdurchschnittlich gut informierten Patientinnen/Patienten“ als eher/sehr schwierig ein.

46 Für die Pflege ist relativierend anzumerken, dass die Ausbildung mit der Einführung des Krankenpflegegesetzes (2004) um Aspekte wie eigenständige Beratung und Vermittlung von Informationen an Patientinnen/Patienten ergänzt wurde, die den aktuellen Stand der pflegewissenschaftlichen, medizinischen und bezugswissenschaftlichen Erkenntnisse widerspiegeln sollen. Doch sind professionell Pflegenden in Deutschland weit davon entfernt, dem Selbstverständnis professioneller Pflege Nursing is Teaching zu folgen (Lehmann et al., 2019), das beispielsweise die US-amerikanische Pflege prägt.

■ *Auch eine systematische Vermittlung von Informationen und Wissen ist herausfordernd.*

Andere Teilbereiche und Aufgaben bei der Informationsvermittlung – speziell jene, die wichtiger Bestandteil *systematischer Vermittlungsprozesse* sind – werfen ebenfalls Schwierigkeiten auf, so etwa das Vorwissen zu ermitteln und die Informations- (und Lern-)Voraussetzungen von Patientinnen/Patienten in Erfahrung zu bringen. Wie zu sehen war, betrachten nicht wenige Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen dies zumindest als nicht einfach. Verständlich wird das, vergegenwärtigt man sich, dass das Spektrum an Patientinnen/Patienten, mit dem die Gesundheitsprofessionen/-berufe im Alltag konfrontiert sind, sehr breit gefächert ist (Schaeffer & Vogt, 2022). Es reicht von Menschen mit eingeschränkten literalen Fähigkeiten bis hin zu etablierten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern. Auch die Informations- und Wissensvoraussetzungen unterscheiden sich daher sehr stark voneinander. Insbesondere von niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten mit einer Vielzahl an Patientenkontakten pro Tag und mit kurzen Kontaktdauern müssen die Informationsvoraussetzungen und das Vorwissen im Berufsalltag oft in Sekundenschnelle abgeschätzt werden, um dann flexibel mit dem richtigen Sprach- und Vermittlungsniveau reagieren zu können. Dies dürfte eine wichtige Ursache dafür sein, warum diese Aufgabe so schwierig eingeschätzt wird.

Für Pflegende stellt sich diese Situation etwas anders dar. Zwar haben auch sie mit einem breiten sozialen Spektrum an Patientinnen/Patienten zu tun, die sich zudem oft in schwierigen, komplexen Problemsituationen befinden, gekennzeichnet durch Multimorbidität, kognitive Beeinträchtigungen und Verhaltensauffälligkeiten. Pflegefachpersonen betreuen Patientinnen/Patienten insbesondere in der ambulanten und stationären Langzeitversorgung jedoch oft über einen längeren Zeitraum und haben längere Kontaktdauern. Sie kennen ihre Patientinnen/Patienten daher meist recht gut und können sich auf sie einstellen. Verglichen mit hausärztlich tätigen Ärztinnen/Ärzten sind Informationsvermittlung und auch Kommunikation zudem weniger durch ad hoc Situationen geprägt und haben einen anderen Stellenwert. Hinzu kommt ein anderer Aspekt: Nach wie vor ist die Pflege in Deutschland vielerorts stark durch „Hands-on-Nursing“, also eher „handwerkliche“ Aufgaben geprägt, die oft eher schweigend verrichtet und nicht unbedingt erklärend und informierend ausgeführt werden (Ewers et al., 2017). Obschon hier seit langer Zeit Veränderungen für notwendig gehalten werden und mit der Veränderung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs auch einzuleiten versucht wurden, deutet dies an, dass sich der berufliche Alltag beider Gruppen unterscheidet.

Auch zu überprüfen, ob Informationsinhalte verstanden wurden – ein für die Ergebnissicherung bei der Informationsvermittlung wichtiger Schritt – wird als schwierig angesehen, wie die Punktwerte in diesem Teilbereich zeigen (Ärztinnen/Ärzte: 59 Punkte; Pflegefachpersonen: 62.2 Punkte). Dies weist ebenfalls darauf hin, dass essenzielle, zu einer systematischen Wissens- und Informationsvermittlung gehörende Aufgaben Probleme für die Gesundheitsprofessionen/-berufe aufwerfen.

Informationen zu vermitteln wird dagegen als einfachste Teilaufgabe in diesem Bereich angesehen. Das ist insofern bemerkenswert als es sich hier um eine keineswegs leichte Aufgabe handelt. Informationen und Wissen so zu erklären, dass sie vom Gegenüber wirklich verstanden, eingeschätzt und genutzt werden können, stellt vielmehr eine anspruchsvolle Aufgabe dar, insbesondere dann, wenn sie systematisch und evidenzbasiert realisiert wird. Die hohen Punktwerte spiegeln daher vermutlich eher die Alltagsroutinen wider, die weniger auf didaktischen Strategien der Informationsvermittlung, sondern eher auf Intuition und Erfahrungswissen beruhen.

■ *Die Anpassung an Diversität und kulturelle Vielfalt ist verbesserbar.*

Hinzuweisen ist aber auch auf eine anders gelagerte Herausforderung, die an zweiter Stelle der schwierigsten Items in diesem Aufgabenbereich steht: Mit kulturellen Unterschieden umzugehen und einzuschätzen, inwieweit sie das gegenseitige Verständnis erschweren, wird von beiden Gruppen als sehr schwierig bei der Informationsvermittlung angesehen (Item PHL21). Auch das stimmt nachdenklich, denn der Anteil an Menschen mit unterschiedlichen Migrationshintergründen/-erfahrungen macht in Deutschland mittlerweile 27,2 % der Wohnbevölkerung aus (Statistisches Bundesamt, 2022b, S. 38) – Tendenz steigend. 14 Millionen. von ihnen haben eine eigene Migrationserfahrung (ebd., S. 39). Sie stellen keine homogene, sondern eine sehr diverse Gruppe dar, die sich hinsichtlich ihres sozio-kulturellen Hintergrunds, ihrer Migrationsmotivation, Bildungs-, Sozial- und Altersstruktur wie auch ihrer Gesundheitsvorstellungen unterscheidet (Adam et al., 2019; Berens et al., 2022c; Brinkmann, 2011; Konar & Graf, 2021; Spallek & Razum, 2016). Dies dürfte u. a. Grund dafür sein, weshalb im Gesundheitssystem Umgangs- und Verständnisprobleme bei der Informationsvermittlung bei Menschen mit Migrationshintergrund keine Ausnahme darstellen. Gleichzeitig deutet dieses Item darauf hin – vor allem, wenn man es zusammen mit der Frage nach der Verfügbarkeit von Dolmetscherdiensten betrachtet – , welche Herausforderungen nach wie vor dabei bestehen, das Gesundheitssystem in Deutschland an Diversität, kultursensible Kommunikation und Interaktion sowie an Mehrsprachigkeit anzupassen.

Auch hier zeigt sich also Optimierungspotenzial. Empfehlenswert ist *zusammenfassend*, dieses Potenzial aufzugreifen und diesem, im Rahmen professioneller Gesundheitskompetenz so wichtigen Aufgabenbereich „Informations- und Wissensvermittlung“, mehr Beachtung zu schenken. Vor allem in der Aus-, Fort- und Weiterbildung sollte ihm höherer Stellenwert beigemessen werden, um so dafür Sorge zu tragen, dass die Informations- und Wissensvermittlung nicht allein auf Intuition und Erfahrungssakkumulation angewiesen ist, sondern künftig stärker gestützt durch systematische edukative Kompetenzen und didaktische Strategien wahrgenommen werden kann. So wertvoll Intuition und Erfahrungswissen sind, sie sind gleichzeitig anfällig für Erosion und laufen Gefahr, zu einem Burnout-Risiko zu werden, wenn sie eben nicht durch eine entsprechende Qualifikation gesichert werden und Betroffene dadurch mit Rollenkonflikten und Frustration umgehen müssen (Körner, 2003; Burisch, 2014). Nicht weniger wichtig dürfte sein, in den Alltag hineinreichende Unterstützungsmaßnahmen wie Supervision oder Intervision zu entwickeln und diese zu implementieren. Auch die Nutzung von bereits vorhandenen Material- und Methodensammlungen und Arbeitshilfen zur Förderung der Gesundheitskompetenz (ex. Schmidt-Kaehler et al., 2017; Schaeffer et al., 2020; BZÄK, 2023; AIXTRA 2023; NHS Health Scotland, 2023; Kaphingst et al., 2012) anzuregen und zu intensivieren, dürfte eine sinnvolle Maßnahme sein (Schaeffer & Vogt, 2022). Sie setzt allerdings Kenntnis entsprechender Formate voraus.

Vertrautheit mit Konzept und Methoden der Gesundheitskompetenz

■ *Health Literacy Skills – Konzept und Methoden der Gesundheitskompetenz sind weitgehend unbekannt und verdienen mehr Aufmerksamkeit.*

Ob das der Fall ist, wurde ebenfalls untersucht und danach gefragt, inwieweit die Befragten mit dem Konzept Gesundheitskompetenz und den Methoden zur Förderung der Gesundheitskompetenz (Health Literacy Skills) vertraut sind. Dem Großteil beider Gesundheitsprofessionen/-berufe ist – so das Erhebungsergebnis – das Konzept Gesundheitskompetenz nicht oder nur wenig bekannt. Andere Untersuchungen kommen zu einem ähnlichen Resultat (Güner & Ekmekci, 2019; HLS-PROF Konsortium, 2023; Nantsupawat et al., 2020; Schaeffer & Vogt, 2022).

Ähnliches gilt für die Methoden und Strategien zur Förderung der Gesundheitskompetenz wie etwa „Ask me 3“, „Chunk and check“, „Teach back“ etc. Methoden wie diese helfen Gesundheitsprofessionen/-berufen beispielsweise bei einer adressatengerechten Vermittlung von Informationen oder bei der Einschätzung, inwieweit das Gesagte verstanden wurde. Methoden wie diese gehören zum basalen Rüstzeug für den Umgang von Gesundheitsprofessionen/-berufen mit geringer Gesundheitskompetenz. Dafür ist die Bekanntheit bislang zu niedrig, denn zwischen 37,3 % und 57,3 % der Befragten sind der Erhebung zufolge wenig oder nicht vertraut mit diesen Methoden.

Die geringe Bekanntheit ist angesichts der recht kurzen Zeit, in der in Deutschland über die Förderung von Gesundheitskompetenz diskutiert wird, nicht erstaunlich. Sie zeigt aber, dass weiterhin Informations- und Aufklärungsarbeit über das Gesundheitskompetenzkonzept und ebenso über das bereits existierende Methodenrepertoire und über vorhandene Materialsammlungen erforderlich ist. Denn besonders die den medizinischen und pflegerischen Alltag sicherstellenden Berufsgruppen wurden offenbar von der zur Gesundheitskompetenz geführten Diskussion noch nicht sehr umfangreich erreicht (siehe auch Schaeffer & Vogt, 2022). Daher sollten künftige Anstrengungen zur breitenwirksameren Distribution und auch bessere Dissemination (etwa im Rahmen der Fort- und Weiterbildung) speziell diese Zielgruppen adressieren, zumal eine gute Kenntnis des Konzepts und des vorhandenen Methodenrepertoires Voraussetzung für eine systematische Stärkung der Gesundheitskompetenz von Patientinnen/Patienten ist.

Patientenzentrierte Kommunikation

■ *Patientenzentrierte Kommunikation – keine einfache Aufgabe!*

Patientinnen/Patienten einen aktiven Part in der Interaktion und Kommunikation einzuräumen und die Kommunikation um sie herum zu zentrieren – etwa ihnen dazu hinreichend Raum und Zeit zu geben, damit sie ihre Anliegen und Vorstellungen artikulieren können, sie zu ermuntern, Fragen zu stellen, ihnen zuzuhören und Behandlungsziele gemeinsam auszuhandeln und zu entscheiden (Epstein et al., 2005; Langewitz, 2023; Stewart et al., 2001) – sind Forderungen, die immer wieder neu erhoben werden, seit der Wandel der Patientenrolle proklamiert wird und Patientinnen/Patienten mehr Autonomie eingeräumt wird. Sie sind ebenfalls zentrale Aufgabe bei der Förderung der Gesundheitskompetenz (Coleman et al., 2017). Wie weit sie inzwischen im Berufsalltag umgesetzt werden (können) und die Gesundheitsprofessionen/-berufe über die nötigen Fähigkeiten für die Bewältigung dieser Aufgabe verfügen und auf welche Schwierigkeiten sie stoßen, wurde mit der Erhebung ebenfalls ermittelt.

Den Befunden zufolge fällt beiden Gesundheitsprofessionen/-berufen der Umgang mit den Herausforderungen der patientenzentrierten Kommunikation recht leicht und sogar leichter als die anderen erfragten Aufgabenbereiche – ein auf den ersten Blick verblüffendes Ergebnis. Es leuchtet insofern ein, als in den letzten Jahren bei beiden Gesundheitsprofessionen/-berufen zahlreiche Diskussionen über die Verbesserung der Kommunikation geführt wurden und etliche Reformmaßnahmen auf den Weg gebracht worden sind (Darmann-Finck, 2018; Jünger et al., 2016).

Zugleich ist bei der Einordnung und Interpretation der Ergebnisse auch hier daran zu erinnern, dass es sich für beide Gesundheitsprofessionen/-berufe um eine Routineaufgabe handelt, die fester und wiederkehrender Bestandteil des professionellen Alltagshandelns ist und dort breiten Raum einnimmt. Auch dies dürfte Ursache dafür sein, weshalb die Befragten sie als recht einfach einschätzen. Ob dies auch als Aussage über die Qualität der Kommunikation verstanden werden kann, ist allerdings eine offene Frage, denn aus Patientinnen-/Patientensicht verläuft die Kommunikation keineswegs immer optimal und reibungslos. Wie Studien zeigen, fühlen

sie sich oft nicht ausreichend mit ihren Fragen und Informationsanliegen ernst genommen und respektvoll behandelt, gut mitgenommen oder ausreichend in die Ziel- und Entscheidungsfindung einbezogen (Coulter, 2011; Schaeffer et al., 2019; Schoen et al., 2011; Stahl & Nadj-Kittler, 2016). Auch verstehen sie die Gesundheitsprofessionen/-berufe nicht immer problemlos.⁴⁷ Zudem stehen Zeitmangel und unzureichende Rahmenbedingungen einer zufriedenstellenden patientenzentrierten Kommunikation entgegen. Hier zeigt sich eine *Perspektivenungleichheit*, der künftig in der Forschung weiter nachzugehen sein wird, um herauszuarbeiten, an welchen Aspekten sich die Einschätzung der Gesundheitsprofessionen/-berufe einerseits und der Patientinnen/Patienten andererseits festmacht und wie ihre Perspektiven besser überein gebracht werden können.

Obschon die Aufgaben bei der Kommunikation von den Befragten als relativ einfach eingeschätzt werden, weisen die Ergebnisse auch hier auf Optimierungsmöglichkeiten, denn am schwierigsten ist es für beide GP, mit Patientinnen/Patienten gemeinsam Ziele festzulegen und das weitere Vorgehen zu entscheiden und ebenso, ihnen ausreichend Raum zu geben, um Fragen zu stellen. Speziell unter Gesichtspunkten der Aktivierung und Partizipation – etwa Patientinnen/Patienten an Entscheidungen oder Aushandlungen von Behandlungszielen zu beteiligen (Messer, 2018; Härter et al., 2017; Schmacke et al., 2016) – ist dies beachtenswert und deutet an, wie schwierig die Veränderung herkömmlicher Kommunikations- und Interaktionsmuster nach wie vor im Alltag zu sein scheint.

Die Ergebnisse unterstreichen (damit) einmal mehr, dass der Wandel der Patientenrolle auch einen Wandel des Handelns der Gesundheitsprofessionen bedingt und deuten an, dass dieser sich keineswegs automatisch vollzieht, sondern der Unterstützung bedarf. Dabei sind Maßnahmen gefordert, die sowohl auf die Handlungsebene wie auch auf die Strukturebene zielen. Denn neben der weiteren Veränderung tradierter professioneller Handlungsmuster und Routinen bedarf es auch Strukturanpassungen, beispielsweise aufgabenangemessener zeitlicher (finanzieller) und räumlicher Ressourcen. Sie sind Bedingungen dafür, dass aufgabenkonformes Handeln der Gesundheitsprofessionen/-berufe möglich ist (Parnell, 2015b) – ein Punkt, auf den zurückzukommen sein wird.

Professionelle digitale Gesundheitskompetenz

■ *Es fehlt an professioneller digitaler Gesundheitskompetenz.*

Patientinnen und Patienten im Umgang mit digitalen Informationen und Informationsmedien zu unterstützen – hier als professionelle digitale Gesundheitskompetenz bezeichnet – ist für beide Gesundheitsprofessionen/-berufe der schwierigste von allen erfragten Aufgabenbereichen (Ärztinnen/Ärzte: 53,1 Punkte; Pflegefachpersonen 54,5 Punkte).

Vor allem, „Patientinnen/Patienten dabei behilflich zu sein, die *Vertrauenswürdigkeit* gefundener digitaler Gesundheitsinformationen zu *beurteilen*“, halten beide Gesundheitsprofessionen/-berufe zu mehr als bzw. gut einem Drittel für sehr schwierig. Dies steht in Übereinstimmung mit nationalen und internationalen Studienbefunden zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung. Wie ein roter Faden zieht sich durch sie, dass die Beurteilung der Zuverlässigkeit, Neutralität und Vertrauenswürdigkeit von Informationen und insbesondere von *digitalen* Informationen für die Bevölkerung eine der größten Herausforderungen darstellt (Schaeffer et al., 2021a;

47 Wie bereits erwähnt (vgl. Fußnote 29), haben im HLS-GER 2 mehr als ein Drittel der Befragten (34,9 %) angegeben, die Erklärung einer/eines Gesundheitsprofession/-berufes nicht richtig verstanden zu haben. Zudem halten 46,5 % es für (sehr) schwierig, Begriffe zu verstehen, die ihr/e Ärztin/Arzt verwendet (Schaeffer et al., 2021a, S. 59f. und S. 83).

2021b; 2021c; Berens et al., 2022a; HLS₁₉ Consortium, 2021).⁴⁸ Offenbar gilt dies auch für die Gesundheitsprofessionen/-berufe bzw. die von ihnen leistbare Unterstützung. Dies deutet an, dass hier eine doppelte Aufgabe anzugehen ist. Zugleich unterstreicht dies den bei der digitalen Gesundheitskompetenz der Gesundheitsprofessionen/-berufe bestehenden Optimierungsbedarf. Er ist angesichts des Stands der Digitalisierung in Deutschland nicht überraschend, denn seit langem wird Deutschland attestiert, hier im Vergleich zu anderen Ländern Nachholbedarf aufzuweisen (Bratan et al., 2022; HLS₁₉ Consortium, 2021; Thiel et al., 2018).

Mit der Corona-Pandemie haben sich Veränderungen vollzogen. Gewissermaßen war sie ein Lernprojekt, von dem auch die digitale Gesundheitskompetenz der Bevölkerung profitiert hat (Okan et al., 2021; Schaeffer et al., 2021a). Auch im Gesundheitssystem hat sich seither ein Digitalisierungsschub vollzogen und sind vielerorts Initiativen entstanden, um die digitale Transformation voran zu treiben, die professionelle digitale Gesundheitskompetenz zu verbessern und auch, um die digitalen Kontaktmöglichkeiten mit den Gesundheitsprofessionen/-berufen zu erweitern. Dies schlägt sich auch in den dargestellten Daten nieder. Denn ihnen zufolge haben immerhin fast drei Viertel der befragten Ärztinnen/Ärzte (71,6 %) und 58,8 % der Pflegefachpersonen angegeben, dass sie oder ihre Organisation mittlerweile per E-Mail oder Kontaktformular erreichbar sind. Auch Videosprechstunden haben deutlich an Bedeutung gewonnen (Ärztinnen/Ärzte 30 %; Pflegefachpersonen: 12,8 %) (ebd.; Messal et al., 2022). Exemplarisch weist dies darauf, dass hier offenbar wichtige erste Schritte gelungen sind, um den internationalen Entwicklungsrückstand aufzuholen, denen sicher weitere folgen müssen. Denn nach wie vor stoßen viele der angestoßenen Veränderungen auf Umsetzungsbarrieren und reiben sich im Alltag an unterschiedlichsten Problemen, u. a. auch an unzureichender Nutzerorientierung und Praktikabilität (Scheibe, 2022; Schmidt-Kaehler et al., 2021). Parallel wird daher eine Diskussion darüber zu führen sein, wie geplante Neuerungen besser an die Alltagspraxis angepasst werden können und auch, wie wiederum die Alltagspraxis – etwa bei der Kommunikation und Interaktion – sinnvoll auf die Veränderungen, die sich durch die digitale Transformation für den Berufsalltag ergeben, abgestimmt werden kann und wie unerwünschte Effekte vermieden oder zumindest abgefedert werden können.

Summa summarum machen die Ergebnisse deutlich, dass die Förderung der professionellen digitalen Gesundheitskompetenz eine bedeutsame Aufgabe darstellt. Dabei sind besonders Professions-/Berufsangehörige mit langer Berufsdauer zu beachten. Wie die Erhebung gezeigt hat, haben sie größere Schwierigkeiten, Unterstützung im Umgang mit digitalen Informationen zu leisten. Auch dies weist darauf, dass die Förderung der professionellen digitalen Gesundheitskompetenz künftig größerer Aufmerksamkeit bedarf, zumal die digitale Transformation rasch voranschreitet und digitale Informationen und Informationsmedien weiter an Bedeutung gewinnen. Wollen die Gesundheitsprofessionen auch künftig die Position als wichtigste Informationsquelle und Förderer von Gesundheitskompetenz einnehmen, ist eine gut ausgeprägte professionelle digitale Gesundheitskompetenz unabdingbar.

Ausbildungs- und Rahmenbedingungen

■ Gute Ausbildungs- und Rahmenbedingungen machen einen Unterschied.

Nach dem relationalen Konzeptverständnis ist Gesundheitskompetenz nicht nur als Ergebnis der persönlichen Fähigkeiten eines Individuums zu verstehen, sondern auch der jeweiligen Kontext- bzw. Rahmenbedingungen (Parker & Ratzan, 2010; Parker, 2009), denn sie beeinflussen

⁴⁸ Der HLS-GER 2 zeigt zudem, dass die digitale Gesundheitskompetenz der Bevölkerung insgesamt eher bescheiden ausfällt und nahezu drei Viertel der Bevölkerung eine geringe digitale Gesundheitskompetenz aufweisen (Schaeffer et al., 2021a), womit Deutschland an rangniedriger Stelle im internationalen Vergleich steht (HLS₁₉ Consortium, 2021).

sowohl den Erwerb und die Ausprägung von Gesundheitskompetenz wie auch die Möglichkeitsspielräume bei der Förderung von Gesundheitskompetenz durch die Gesundheitsprofessionen/-berufe. Deshalb wurden in der vorliegenden Untersuchung auch die Ausbildungs- und Rahmenbedingungen der Gesundheitsprofessionen/-berufe betrachtet.

Das wichtigste Ergebnis: In der Tat macht die Beschaffenheit der Ausbildungs- und Rahmenbedingungen einen Unterschied. Sie erleichtert oder erschwert den Gesundheitsprofessionen/-berufen die Aufgabenrealisierung – auch bei der Förderung von Gesundheitskompetenz. Ganz in diesem Sinn haben die durchgeführten Analysen gezeigt, dass eine bessere Vorbereitung durch die *Ausbildung* mit einer leichteren Aufgabenrealisierung einhergeht und umgekehrt. Ebenso ist es bei den organisatorischen *Rahmenbedingungen*: ausreichend Zeit für Patientengespräche zu haben, über die dazu notwendigen Räumlichkeiten zu verfügen oder Patientengespräche ungestört durchführen zu können, erleichtert den Gesundheitsprofessionen/-berufen die Stärkung der Gesundheitskompetenz. Fehlen diese Möglichkeiten oder stehen sie nur eingeschränkt zur Verfügung, wirkt sich dies negativ auf die Aufgabenrealisierung aus. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen die parallelen Pilotstudien in Österreich und der Schweiz (HLS-PROF Konsortium, 2023). Es lohnt sich also, in beides zu investieren und für aufgabenkonforme Ausbildungen und organisatorische Rahmenbedingungen zu sorgen.

Diese Erkenntnis mag trivial erscheinen. Zugleich erhält sie durch die Ergebnisse der Studie besondere Brisanz. Denn ihnen zufolge ist hier eine durchaus drängende Herausforderung anzugehen, die sich für beide der im Mittelpunkt der Studie stehenden Gesundheitsprofessionen/-berufen unterschiedlich darstellt. So beurteilen Ärztinnen/Ärzte die Vorbereitung durch ihre zurückliegende *Ausbildung* schlechter als Pflegefachpersonen.⁴⁹ Bei den *organisatorischen Rahmenbedingungen* ist es genau *umgekehrt*: Sie werden von den Pflegefachpersonen deutlich schlechter bewertet. Zur Erinnerung: Für 37,2 % der Pflegenden sind ungestörte Gespräche selten/nie möglich. Geeignete Räumlichkeiten stehen 34,4 % der Pflegefachpersonen selten/nie zur Verfügung, ausreichend Zeit ist für 34,1 % ähnlich selten gegeben. Bei den Ärztinnen/Ärzten stehen nur für 4,3 % selten/nie geeignete Räumlichkeiten für Gespräche zur Verfügung. Ungestörte Patientengespräche zu führen ist nur 8,1 % unmöglich, ausreichend Zeit für Gespräche mit Patientinnen/Patienten haben 10,8 % selten/nie.⁵⁰ Auch hier wird ein deutlicher Unterschied zwischen den Gesundheitsprofessionen/-berufen sichtbar, der insbesondere für die Pflege auf Optimierungsbedarf hinweist.

Insgesamt machen die Ergebnisse somit deutlich, dass es nicht nur lohnenswert, sondern *notwendig* ist, in bessere Ausbildungs- und Rahmenbedingungen zu investieren. Dabei sind – wie auch sichtbar wurde – einheitliche Lösungen nach dem Motto „one size fits all“ wenig sinnvoll, vielmehr ist ein differenziertes Vorgehen erforderlich, das auf die unterschiedlichen Situationen und die jeweiligen Ausbildungs- und Rahmenbedingungen beider Gesundheitsprofessionen/-berufe abgestimmt ist und diesen entspricht.

49 Besonders gilt dies, wie zu sehen war, für die Aufgabenbereiche „Informations- und Wissensvermittlung“ und „patientenzentrierten Kommunikation“. Während über ein Drittel der Ärztinnen/Ärzte ihre Ausbildung in diesen Bereichen als eher/sehr schlecht bewertet, liegt dieser Anteil mit rund 15% bei den Pflegefachpersonen deutlich niedriger.

50 Die Ergebnisse stehen in Kontrast zu den Ergebnissen anderer Studien, die u. a. hohen Kostendruck, Zeitmangel und Überbelastung u. a. durch Personalmangel betonen (s. u. a. MLP, 2022; PwC, 2020, auch SVR, 2012).

6 Fazit

Erstmals erfolgte in der vorliegenden Studie eine Untersuchung der professionellen Gesundheitskompetenz ausgewählter Gesundheitsprofessionen/-berufe in Deutschland, dies mit einem neuen Konzept und einem neu entwickelten Erhebungsinstrument. Die damit gewonnenen Ergebnisse haben gezeigt, dass die professionelle Gesundheitskompetenz durchaus ermutigend ausfällt und beiden Gesundheitsprofessionen/-berufen die erfragten Aufgaben bei der Förderung der Gesundheitskompetenz von Patientinnen/Patienten recht gut bewältigbar erscheinen. Zugleich haben sie Optimierungspotenzial aufgezeigt. Sollen die Gesundheitsprofessionen/-berufe die ihnen zugedachte Rolle bei der Förderung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung kompetent ausfüllen, ist empfehlenswert, es aufzugreifen und Anstrengungen zu unternehmen, um auch die professionelle Gesundheitskompetenz zu stärken und diese Aufgabe künftig fest im Gesundheitssystem zu verankern (Schaeffer et al., 2016). Nur so wird zudem möglich, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung nachhaltig zu fördern und zu einem nutzerfreundlichen, gesundheitskompetenten Gesundheitssystem mit ebensolchen Organisationen und Professionen zu gelangen, wie es seit Längerem gefordert wird – auch im Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz (Baumeister et al., 2021; Schaefer et al., 2019; WHO, 2013; 2019; Schaeffer et al., 2018).

Unerlässlich ist dazu zunächst einmal mehr *Informations- und Aufklärungsarbeit*, um die Gesundheitsprofessionen/-berufe stärker für das Thema Gesundheitskompetenz zu sensibilisieren und die Bekanntheit des Gesundheitskompetenzkonzepts in der Praxis zu verbessern. Das trifft auch auf bereits vorliegende Material- und Methodensammlungen zur Förderung von geringer Gesundheitskompetenz zu. Sie sollten künftig breiter distribuiert und besser an die jeweiligen Settingbedingungen angepasst werden. Ähnliches gilt nebenbei bemerkt für das Konzept „Gesundheitskompetente Organisation“ (GkO), in dem den Gesundheitsprofessionen/-berufen eine tragende Funktion bei der Umsetzung zugewiesen wird (Brach et al., 2014; Messer & Murau, 2022; Pelikan, 2019).

Zugleich ist zu empfehlen, den in den Ergebnisteilen sichtbar gewordenen *Schwierigkeiten der Gesundheitsprofessionen/-berufe* bei der Förderung von Gesundheitskompetenz *Beachtung* zu schenken, denn sie weisen darauf, wo bei der Optimierung professioneller Gesundheitskompetenz angesetzt werden kann.

Die meisten Schwierigkeiten bestehen im Bereich der „*professionellen digitalen Gesundheitskompetenz*“, etwa dabei, Patientinnen/Patienten zu unterstützen, die Vertrauenswürdigkeit digitaler Informationen einzuschätzen – was angesichts des Stands der digitalen Transformation im Gesundheitssystem in Deutschland nicht verwundert. Wollen und sollen die Gesundheitsprofessionen/-berufe ihre Patientinnen/Patienten kompetent im Umgang mit digitalen Informationen unterstützen, ist – wie deutlich wurde – erforderlich, sie ihrerseits zu unterstützen, ihnen das dazu nötige Know-how an die Hand zu geben und zu ermöglichen, die dazu nötigen Fähigkeiten zu erwerben.

Die *Informations- und Wissensvermittlung* rangiert an zweiter Stelle der schwierigsten Aufgabengebiete. Insbesondere der Teilbereich „Mit Herausforderungen bei der Informationsvermittlung umgehen“ – und hier vor allem mit fehl- und falschinformierten Patientinnen/Patienten zurecht zu kommen – wird hier als schwierig eingeschätzt. Auch das überrascht wenig, weil das Thema „*systematische* Vermittlung und Erklärung von Informationen“ –wiewohl zentraler Bestandteil professionellen Handelns im Gesundheitssystem – in Deutschland in der wissenschaftlichen Diskussion wie auch in den Ausbildungen der Gesundheitsprofessionen/-berufe bislang geringen

Stellenwert hat, obschon seine Bedeutung infolge der Demokratisierung der Patientenrolle immer weiter zunimmt. Dies zu verändern ist unbedingt anzuraten.

Ähnliches ließe sich für die *patientenzentrierte Kommunikation* ausführen und hier besonders dafür, gemeinsam mit Patientinnen/Patienten Ziele festzulegen, zu informierten Entscheidungen zu gelangen und den Veränderungen der herkömmlichen Patientenrolle in der Kommunikation und Interaktion zu entsprechen. Obschon viel über dazu nötige Innovationen diskutiert wurde und zahlreiche Innovationsprojekte angeschoben wurden, haben die Ergebnisse deutlich gemacht, wie schwer dennoch die Veränderung tradierter Routinen im Bereich der patientenzentrierten Kommunikation und Interaktion zu sein scheinen.

Auch der Aufgabenbereich *Informations- und Wissensmanagement* bedarf der Beachtung. Er wirft aus Sicht der Befragten zwar geringere Herausforderungen auf als erwartet, doch stoßen einige, grundlegende Aufgaben auf erhebliche Schwierigkeiten. Exemplarisch sei hier noch einmal auf die Themen *Statistical und Scientific Literacy bzw. Evidenzbasierung* hingewiesen, die zunehmend an Bedeutung für das Handeln der Gesundheitsprofessionen/-berufe gewonnen haben, aber nach wie vor auf erhebliche Unsicherheiten treffen.

Generell legen die Daten nahe, die *Ausbildungen/Studiengänge* auf den Prüfstand zu stellen und zu fragen, ob sie wirklich ausreichend für neue und gesellschaftlich an Bedeutung gewinnende Aufgaben vorbereiten. Das gilt gleichermaßen für die Fort- und Weiterbildung. Wie wichtig flexible und anpassungsfähige Gestaltungen der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe sind, um im Gesundheitssystem mit dem rasch voranschreitenden gesellschaftlichen Wandel Schritt halten zu können, wurde in vielen Expertengremien und -berichten der letzten Jahre betont (ex. Frank et al, 2015; Frenk et al., 2010; Wissenschaftsrat, 2012; 2022), die vorgelegten Daten unterstreichen deren Bedeutung erneut.

Dies trifft auch für die *Rahmenbedingungen* zu, die sich der Studie zufolge für die Ärztinnen/Ärzte besser als für die Pflege darstellen und nur bedingt eine befriedigende Realisierung der Aufgaben professioneller Gesundheitskompetenz ermöglichen. Auch hier besteht Handlungsbedarf, denn gute und aufgabenkompatible Rahmenbedingungen erlauben – wie der Wichtigkeit halber wiederholt sei – eine bessere Aufgabenrealisierung.

Empfehlenswert ist last but not least, die *Forschung* auf diesem Gebiet auszubauen. Bislang wurden die Gesundheitsberufe eher wenig in der Gesundheitskompetenz-Forschung beachtet und wenn doch, galt das Interesse ihrer persönlichen Gesundheitskompetenz. Mit der vorliegenden Studie wurde also ein neues Feld erschlossen, das künftig intensiverer Aufmerksamkeit und Bearbeitung bedarf, zumal hier – wie gezeigt wurde – eine ganze Reihe an Herausforderungen und Weiterentwicklungspotenziale warten. Sie auszuschöpfen dürfte vielversprechend sein.

Exemplarisch zeigt dies noch einmal, dass die Studie und ihre Befunde viele Anregungen zur Auseinandersetzung darüber liefert, wie Verbesserungen und Optimierungen der professionellen Gesundheitskompetenz und damit auch des Gesundheitssystems ermöglicht werden können. Es bleibt zu hoffen, dass sie die Diskussion entsprechend stimulieren.

Literaturverzeichnis

- Abel, T. & Benkert, R. (2022). Critical health literacy: reflection and action for health. *Health promotion international*, 37(4). <https://doi.org/10.1093/heapro/daac114>
- Adam, Y., Berens, E.-M., Hurrelmann, K., Zeeb, H. & Schaeffer, D. (2019). *Strategiepapier #6 zu den Empfehlungen des Nationalen Aktionsplans. Gesundheitskompetenz in einer Gesellschaft der Vielfalt stärken: Fokus Migration*. <https://doi.org/10.4119/unibi/2939605>
- AIXTRA Kompetenzzentrum für Training und Patientensicherheit. (2023). *Der Gesundheitskompetenz-Kompass (GEKOKO)*. <https://gekoko.de/gesundheitswesen>
- 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. & Iseringhausen, O. (Hrsg.). (2005). *Wege aus der Krise der Versorgungsorganisation. Beiträge aus der Versorgungsforschung*. Bern: Huber.
- 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.
- 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. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03192-x>
- Baumeister, A., Chakraverty, D., Aldin, A., Seven, Ü. S., Skoetz, N., Kalbe, E. & Woopen, C. (2021). “The system has to be health literate, too” – perspectives among healthcare professionals on health literacy in transcultural treatment settings. *BMC health services research*, 21(1), 716. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06614-x>
- Baumgart, J. (2010). Ärzte und informierte Patienten: Ambivalentes Verhältnis. *Deutsches Ärzteblatt*, 107(51–52), A 2554–6.
- Beck, U. & Bonß, W. (1989). Verwissenschaftlichung ohne Aufklärung? Zum Strukturwandel. In U. Beck & W. Bonß (Hrsg.), *Weder Sozialtechnologie noch Aufklärung? Analysen zur Verwendung sozialwissenschaftlichen Wissens*. (S. 7–45). Suhrkamp.
- Beese A.S., Jaks. R., Guggiari E., De Gani S.M. (in Vorbereitung). Health Literacy Competencies of Health Professionals.
- Beisch, N. & Koch, W. (2022). Aktuelle Aspekte der Internetnutzung in Deutschland ARD/ZDF-Onlinestudie: Vier von fünf Personen in Deutschland nutzen täglich das Internet. *Media Perspektiven*, 10, 460–470.
- Berens, E.-M., Haarmann, A., Klinger, J. & Schaeffer, D. (2022c). *Strategiepapier #8 zu den Empfehlungen des Nationalen Aktionsplans. Digitale Gesundheitskompetenz und Migration: Empfehlungen für die Interventionsentwicklung*. <https://doi.org/10.4119/UNIBI/2967580>
- Berens, E.-M., Klinger, J., Carol, S. & Schaeffer, D. (2022b). Differences in health literacy domains among migrants and their descendants in Germany. *Frontiers in public health*, 10, 988782. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.988782>

- Berens, E.-M., Klinger, J., Mensing, M., Carol, S. & Schaeffer, D. (2022a). *Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland – Ergebnisse des HLS-MIG*. Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK), Universität Bielefeld. <https://doi.org/10.4119/UNIBI/2960131>
- Borges do Nascimento, I. J., Pizarro, A. B., Almeida, J. M., Azzopardi-Muscat, N., Gonçalves, M. A., Björklund, M. & Novillo-Ortiz, D. (2022). Infodemics and health misinformation: a systematic review of reviews. *Bulletin of the World Health Organization*, 100(9), 544–561. <https://doi.org/10.2471/BLT.21.287654>
- Brach, C., Dreyer, B. P. & Schillinger, D. (2014). Physicians' roles in creating health literate organizations: a call to action. *Journal of general internal medicine*, 29(2), 273–275. <https://doi.org/10.1007/s11606-013-2619-6>
- Bratan, T., Schneider, D., Heyen, N. & Pullmann, L. (2022). *E-Health in Deutschland: Entwicklungsperspektiven und internationaler Vergleich*. www.e-fi.de/fileadmin/Assets/Studien/2022/StuDIS_12_2022.pdf
- Brinkmann, H. U. (2011). Soziodemographische Merkmale der Migrationsbevölkerung. In B. Marschke & H. U. Brinkmann (Hrsg.), *Handbuch Migrationsarbeit* (S. 19–34). VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92074-0_2
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF). (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>
- Bundeszahnärztekammer (BZÄK). (2023). *Teach-Back-Methode. Ein Fortbildungsangebot der Bundeszahnärztekammer für Zahnärztinnen & Zahnärzte und Zahnmedizinische Fachangestellte*. www.bzaek-teach-back.de/
- Burisch, M. (2014). *Das Burnout-Syndrom*. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-36255-2>
- 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. (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.
- 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.
- coliquio GmbH. (2022). *Informationsverhalten nach der Corona-Krise*. www.coliquio.de/wissen/leben-als-arzt-100/informationsverhalten-aerzte-umfrage-2022
- Coulter, A. (2006). *Engaging patients in their healthcare. How is the UK doing relativ to other countries?* (Picker Institute Europe). Oxford.
- Coulter, A. (2011). *Engaging Patients in Healthcare*. Open University Press.
- Cusson, R. M., Meehan, C., Bourgault, A. & Kelley, T. (2020). Educating the next generation of nurses to be innovators and change agents. *Journal of professional nursing: official journal of the American Association of Colleges of Nursing*, 36(2), 13–19. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2019.07.004>
- 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. & Schaffer, 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.
- Dierks, M. L. & Seidel, G. (2014). Gesundheitskompetenz fördern: Souveränität der Bürger und Patienten im Gesundheitswesen stärken. In J. Pundt (Hrsg.), *Patientenorientierung: Wunsch oder Wirklichkeit?* (S. 153–171). Apollon University Press.
- 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.
- Eichler, K., Wieser, S. & Brügger, U. (2009). The costs of limited health literacy: a systematic review. *International Journal of Public Health*, 54(5), 313–324. <https://doi.org/10.1007/s00038-009-0058-2>
- 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.
- Epstein, R. M., Franks, P., Fiscella, K., Shields, C. G., Meldrum, S. C., Kravitz, R. L. & Duberstein, P. R. (2005). Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: theoretical and practical issues. *Social Science & Medicine*, 61(7), 1516–1528. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.02.001>
- Ernstmann, N., Bauer, U., Berens, E.-M., Bitzer, E. M., Bollweg, T. M., Danner, M., Dehn-Hindenbergh, A., Dierks, M. L., Farin, E., Grobosch, S., Haairig, F., Halbach, S., Holleder, A., Icks, A., Kowalski, C., Kramer, U., Neugebauer, E., Okan, O., Pelikan, J., Stock, S. (2020). DNVF Memorandum Gesundheitskompetenz (Teil 1) – Hintergrund, Relevanz, Gegenstand und Fragestellungen in der Versorgungsforschung [DNVF Memorandum Health Literacy (Part 1) – Background, Relevance, Research Topics and Questions in Health Services Research]. *Gesundheitswesen*, 82(7), e77-e93. <https://doi.org/10.1055/a-1191-3689>
- Ewers, M. & Schaeffer, D. (2016). Patientenberatung. In W. Gieseke & D. Nittel (Hrsg.), *Pädagogische Beratung über die Lebensspanne* (S. 322–331). Weinheim: BeltzJuventa.
- 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.
- Frank, J. R., Snell, L. & Sherbino, J. (Hrsg.). (2015). *Can Meds 2015 Physician Competency Framework*. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., Fineberg, H., Garcia, P., Ke, Y., Kelley, P., Kistnasamy, B., Meleis, A., Naylor, D., Pablos-Mendez, A., Reddy, S., Scrimshaw, S., Sepulveda, J., Serwadda, D. & Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*, 376(9756), 1923–1958. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5)
- Geboers, B., Winter, A. F. de, Spoorenberg, S. L. W., Wynia, K. & Reijneveld, S. A. (2016). The association between health literacy and self-management abilities in adults aged 75 and older, and its moderators. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 25(11), 2869–2877. <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1298-2>
- 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). <https://doi.org/10.3390/ijerph182413185>
- Görres, S. (Hrsg.). (2002). *Verlag Hans Huber, Programmbereich Pflege. Auf dem Weg zu einer neuen Lernkultur: Wissenstransfer in der Pflege* (1. Aufl.). Huber.
- 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.
- Güner, M. D. & Ekmekci, P. E. (2019). A Survey Study Evaluating and Comparing the Health Literacy Knowledge and Communication Skills Used by Nurses and Physicians. *Inquiry : a journal of medical care organization, provision and financing*, 56, 46958019865831. <https://doi.org/10.1177/0046958019865831>
- Haas, P. (2016). Wissensmanagement in der Medizin. *Forum*, 31(1), 28–32.
- Härter, M., Dirmaier, J., Scholl, I., Donner-Banzhoff, N., Dierks, M.-L., Eich, W., Müller, H., Klemperer, D., Koch, K. & Bieber, C. (2017). The long way of implementing patient-centered care and shared decision making in Germany. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 123–124, 46–51. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2017.05.006>
- Hartmann, T. (1972). Arbeit, Beruf, Profession. In T. Luckmann & W. M. Sprondel (Hrsg.), *Berufssoziologie* (S. 36–52). Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- Heijmans, M., Waverijn, G., Rademakers, J., van der Vaart, R. & Rijken, M. (2015). Functional, communicative and critical health literacy of chronic disease patients and their importance for self-management. *Patient education and counseling*, 98(1), 41–48. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.10.006>
- 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, Gesundheit Österreich GmbH.
- 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*. Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK), Universität Bielefeld.
- Ilkilic, I. (2021). Kommunikation und Ethik in interkulturellen Behandlungssituationen. In J. Spallek & H. Zeeb (Hrsg.), *Handbuch Migration und Gesundheit: Grundlagen, Perspektiven und Strategien* (S. 67–76). Hogrefe.
- 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.
- Jacob, C., Hausemer, P., Zagoni-Bogsch, A. & Diers-Lawson, A. *The effect of communication and disinformation during the COVID-19 pandemic: Publication for the Special Committee on the COVID-19 pandemic: lessons learned and recommendations for the future*. Policy Department for Economic, Scientific and Quality of Life Policies, European Parliament.
- Janson, P. & Rathmann, K. (2023). Gesundheitskompetenz bei Pflegekräften in der ambulanten Altenpflege. In K. Rathmann, K. Dadaczynski, O. Okan & M. Messer (Hrsg.), *Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. Gesundheitskompetenz* (S. 1–10). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-62800-3_129-1
- Jenny, M. A., Keller, N. & Gigerenzer, G. (2018). Assessing minimal medical statistical literacy using the Quick Risk Test: a prospective observational study in Germany. *BMJ Open*, 8(8), e020847. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020847>
- Jordan, S. & Hoebel, J. (2015). Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA). *Bundesgesundheitsbl*, 58, 942–950.
- 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., Karger, A., Kruse, J., Weidner, K., Henningsen, P., Schiessl, C., Ringel, N. & Fellmer-Drüg, E. (2016). Kompetenzbasierter Lernzielkatalog »Ärztliche Gesprächsführung«. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 62(1), 5–19. <https://doi.org/10.13109/zptm.2016.62.1.5>
- Kaper, M. S., Sixsmith, J., Koot, J. A. R., Meijering, L. B., van Twillert, S., Giammarchi, C., Bevilacqua, R., Barry, M. M., Doyle, P., Reijneveld, S. A. & Winter, A. F. de (2018). Developing and pilot testing a comprehensive health literacy communication training for health professionals in three European countries. *Patient education and counseling*, 101(1), 152–158. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.07.017>
- Kaphingst, K. A., Kreuter, M. W., Casey, C., Leme, L., Thompson, T., Cheng, M. R., Jacobsen, H., Sterling, R., Oguntimein, J., Filler, C., Culbert, A., Rooney, M. & Lapka, C. (2012). Health Literacy INDEX: development, reliability, and validity of a new tool for evaluating the health literacy demands of health information materials. *J Health Commun*, 17 Suppl 3, 203–221. <https://doi.org/10.1080/10810730.2012.712612>
- 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>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2022). Bundesarztregister zum 31.12.2021. An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Hausärzte und Hausärztinnen nach Altersgruppen und Geschlecht, Zählung nach Personen. Kassenärztliche Bundesvereinigung.
- 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.
- Klapper, B. & Cichon, I. (Hrsg.). (2021). *Neustart! Für die Zukunft unseres Gesundheitswesens*. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- 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.
- Koch, K. (2020). Digitale Gesundheitsinformationen: Wege durch den Dschungel. In BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (Hrsg.), *Gesundheitswesen aktuell 2020* (S. 122–135). www.bifg.de/media/dl/gesundheitswesen-aktuell/2020/GWA%202020-Kapitel%20Koch.pdf
- Konar, Ö. & Graf, J. (2021). Soziodemografie der Bevölkerung mit Migrationshintergrund und rechtliche Grundlagen des Aufenthalts ausländischer Staatsangehöriger. In J. Spallek & H. Zeeb (Hrsg.), *Handbuch Migration und Gesundheit: Grundlagen, Perspektiven und Strategien* (S. 57–66). Hogrefe.
- Körner, S. C. (2003). *Das Phänomen Burnout am Arbeitsplatz Schule*. Logos.
- Langewitz, W. A. (2023). Patientenzentrierte Kommunikation. *Swiss Medical Forum – Schweizerisches Medizin-Forum*. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.4414/smf.2022.09212>
- Lehmann, Y. M., Schaeper, C., Wulff, I. & Ewers, M. (2019). *Pflege in anderen Ländern: vom Ausland lernen?* Stiftung Münch (Hrsg.). medhochzwei.
- 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
- Lubasch, J. S., Voigt-Barbarowicz, M., Ernstmann, N., Kowalski, C., Brütt, A. L. & Ansmann, L. (2021). Organizational Health Literacy in a Hospital-Insights on the Patients' Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(23). <https://doi.org/10.3390/ijerph182312646>
- Meng, M., Peters, M. & Dorin, L. (2022). *Erste Sondererhebung des BIBB-Pflegepanels: ein aktueller Überblick zu berufsqualifizierenden Pflegestudiengängen*. Bundesinstitut für Berufsbildung. https://res.bibb.de/vet-repository_780291

- Messal, H., Müller, T., Padmanabhan, P., Richter, L., Silberzahn, T. & Uncovska, M. (2022). Entwicklung der Rahmenbedingungen für E-Health. In M. McKinsey & Company, T. Müller, L. Richter, T. Silberzahn & P. Padmanabhan (Hrsg.), *eHealth Monitor 2022: Deutschlands Weg in die digitale Gesundheitsversorgung – Status quo und Perspektiven* (1. Aufl., S. 3–13). MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Messer, M. & Murau, T. (2022). Förderung organisationaler Gesundheitskompetenz aus Sicht von Pflegefachpersonen: Ergebnisse einer qualitativen Studie. *Prävention und Gesundheitsförderung*. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.1007/s11553-022-00993-7>
- Messer, M. & Murau, T. (2023). Digitale Gesundheitskompetenz von Pflegefachpersonen: Eine Ressource im Umgang mit Infodemien am Beispiel von COVID-19. In K. Rathmann, K. Dadaczynski, O. Okan & M. Messer (Hrsg.), *Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. Gesundheitskompetenz* (S. 1–12). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-62800-3_53-1
- Messer, M. (2018). *Patientenpartizipation aus Sicht der Pflege: Eine Analyse der häuslichen Versorgung von Menschen mit Multimorbidität*. Beltz Juventa. <http://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:bsz:31-epflicht-1123457>
- MLP. (2022). *MLP Gesundheitsreport 2022: Repräsentative Umfrage in Kooperation mit dem Institut für Demoskopie Allensbach*. MLP. <https://mlp-se.de/redaktion/mlp-se-de/gesundheitsreport-microsite/2022/report/mlp-gesundheitsreport-2022.pdf>
- Mok, A. (1969). Alte und neue Professionen. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 21,(770–781).
- Nantsupawat, A., Wichaikhum, O.-A., Abhicharttibutra, K., Kunaviktikul, W., Nurumal, M. S. B. & Poghosyan, L. (2020). Nurses' knowledge of health literacy, communication techniques, and barriers to the implementation of health literacy programs: A cross-sectional study. *Nursing & health sciences*, 22(3), 577–585. <https://doi.org/10.1111/nhs.12698>
- 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://doi.org/10.3928/24748307-20191021-01>
- NHS Health Scotland. (2023). *The Health Literacy Place. Toolkit. Chunk and check*. www.healthliteracy-place.org.uk/toolkit/techniques/chunk-and-check/
- 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>
- Okan, O., Bollweg, T. M., Bauer, U., Hurrelmann, K., Janner, C. & Schaeffer, D. (2021). *Trendstudie zur coronaspezifischen Gesundheitskompetenz: Ergebnisse der zweiten Erhebung der HLS-COVID-19 Studie*. Universität Bielefeld, Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung. <https://doi.org/10.4119/UNIBI/2950307>
- Organisation for Economic Cooperation and Development. (2018). *PISA for development assessment and analytical framework: Reading, mathematics and science. PISA*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264305274-en>
- Organisation for economic cooperation and development. (2019). *Health at a Glance 2019*. 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. <https://doi.org/10.1080/10810730.2010.501094>
- Parker, R. M. (2009). Measuring Health Literacy: What? So what? Now what? In L. M. Hernandez (Hrsg.), *Measures of health literacy: Workshop summary* (S. 91–98). Institute of Medicine of the National Academies.
- Parnell, T. A. (2015a). Effective Communication and Plain Language. In T. A. Parnell (Hrsg.), *Health Literacy in Nursing: Providing Person-Centered Care* (S. 115–127). Springer Publishing Company.

- Parnell, T. A. (2015b). The Health Literacy Environment: Enhancing Access and Wayfinding. In T. A. Parnell (Hrsg.), *Health Literacy in Nursing: Providing Person-Centered Care* (S. 79–95). 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.
- Pelikan, J. & Ganahl, K. (2017). Die europäische Gesundheitskompetenzstudie: Konzept, Instrument und ausgewählte Ergebnisse. In D. Schaeffer & J. M. Pelikan (Hrsg.), *Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven* (S. 93–125). Hogrefe.
- Pelikan, J. M. (2019). Health-literate healthcare organizations. In O. Okan, U. Bauer, D. Levin-Zamir, P. Pinheiro & K. Sørensen (Hrsg.), *International handbook of health literacy. Research, practice and policy across the life-span* (S. 539–554). The Policy Press.
- Pelikan, J. M., Dietscher, C. & Straßmayr, C. (2023). Organisationale Gesundheitskompetenz: Überblick. In K. Rathmann, K. Dadaczynski, O. Okan & M. Messer (Hrsg.), *Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. Gesundheitskompetenz* (S. 1–17). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-62800-3_4-1
- Pelikan, J. M., Ganahl, K., van den Broucke, S. & Sørensen, K. (2019). Measuring health literacy in Europe: Introducing the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). In O. Okan, U. Bauer, D. Levin-Zamir, P. Pinheiro & K. Sørensen (Hrsg.), *International handbook of health literacy. Research, practice and policy across the life-span* (S. 115–138). The Policy Press.
- Ploomipuu, I., Holbrook, J. & Rannikmäe, M. (2020). Modelling health literacy on conceptualizations of scientific literacy. *Health Promot Int*, 35(5), 1210–1219.
- PricewaterhouseCoopers (PwC). (2019). *Bevölkerungsbefragung Healthcare-Barometer 2019*. www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/pwc-healthcare-barometer-2019-bevoelkerungsbefragung-v2.pdf
- Rasu, R. S., Bawa, W. A., Suminski, R., Snella, K. & Warady, B. (2015). Health Literacy Impact on National Healthcare Utilization and Expenditure. *International Journal of Health Policy Management*, 4(11), 747–755. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.151>
- 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.
- Robert Bosch Stiftung. (2021). *Bürgerreport 2020: Reformschritte aus Bürgersicht*. www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2021-03/025_21-03-16_Buergerreport_2020_WEB_ES_FINAL.pdf
- 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.
- Rosenbrock, R. & Hartung, S (Hrsg.). (2012). *Handbuch Partizipation und Gesundheit* (Bd. 2012): Verlag Hans Huber.
- 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.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). (2012). *Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012*. Bonn: SVR. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.
- Sand, M. & Kunz, T. (2020). *Gewichtung in der Praxis*. Mannheim. GESIS.

- Schaefer, C., Bitzer, E. M. & Dierks, M. L. für den Vorstand des DNGK. (2019). *Mehr Organisationale Gesundheitskompetenz in die Gesundheitsversorgung bringen! Ein Positionspapier des DNGK*. <https://dngk.de/gesundheitskompetenz/organisationale-gesundheitskompetenz-positionspapier-2019/>
- 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. & Müller-Mundt, G. (2012). Bewältigung komplexer Medikamentenregime bei chronischer Erkrankung – Herausforderungen und Unterstützungserfordernisse aus Sicht der Gesundheitsprofessionen. *Pflege*, 25(1), 33–48.
- 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., Hurrelmann, K., Bauer, U. & Kolpatzik, K. (2018). *Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken*. KomPart. www.nap-gesundheitskompetenz.de/
- 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>
- Schaeffer, D., Moers, M. & Hurrelmann, K. (2010). Public Health und Pflege – zwei neue gesundheitswissenschaftliche Perspektiven. Eine Zwischenbilanz nach 15 Jahren. In T. Gerlinger, S. Kümpers, U. Lenhardt & M. T. Wright (Hrsg.), *Politik für Gesundheit. Fest- und Streitschriften zum 65. Geburtstag von Rolf Rosenbrock* (S. 75–92). Huber.
- Schaeffer, D. & Hurrelmann, K. (in Erscheinung). Gesundheitskompetenz als Grundlage von Prävention und Gesundheitsförderung. In D. Ganten, B. Rutert & S. Melin (Hrsg.), *Gesundheit von morgen. Prävention und Gesundheitskompetenz stärken*. BBAW.
- Schaeffer, D. (2006a). Wissenstransfer in der Pflege – ein Problemaufriss. In *Wissenstransfer in der Pflege. Ergebnisse eines Expertenworkshops* (Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) P06–133, S. 1–14). Bielefeld: IPW.
- Schaeffer, D. (2006b). *Wissenstransfer in der Pflege. Ergebnisse eines Expertenworkshops* (Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) P06–133). Bielefeld: IPW.
- Schaeffer, D., Berens, E.-M., Gille, S., Griese, L., Klinger, J., Sombre, S. de, Vogt, D. & Hurrelmann, K. (2021a). *Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland vor und während der Corona Pandemie: Ergebnisse des HLS-GER 2*. Universität Bielefeld, Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung. <https://doi.org/10.4119/UNIBI/2950305>
- Schaeffer, D., Berens, E.-M., Vogt, D., Gille, S., Griese, L., Klinger, J. & Hurrelmann, K. (2021b). Health literacy in Germany-findings of a representative follow-up survey. *Dtsch Arztebl Int*, 118, 723–9. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0310>
- Schaeffer, D., Ewers, M., Horn, A., Büker, C., Gille, S., Wagner, F. & Weskamm, A. (2020). *Kurzinformation für Pflegefachpersonen: Herausgegeben von Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) und Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz (NAP): Berlin: DBfK / NAP*. www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Gesundheitskompetenz-Broschuere.pdf

- Schaeffer, D., Gille, S., Berens, E.-M., Griese, L., Klinger, J., Vogt, D. & Hurrelmann, K. (2021c). Digitale Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland Ergebnisse des HLS-GER 2. *Gesundheitswesen*. <https://doi.org/10.1055/a-1670-7636>
- Schaeffer, D., Vogt, D. & Gille, S. (2019). *Gesundheitskompetenz – Perspektive und Erfahrungen von Menschen mit chronischer Erkrankung*. Universität Bielefeld.
- Schaeffer, D., Vogt, D., Berens, E.-M. & Hurrelmann, K. (2016). *Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland: Ergebnisbericht*. Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften. <https://doi.org/10.2390/0070-PUB-29081112>
- Schaeffer, D., Vogt, D., Berens, E.-V., Messer, M., Quenzel, G. & Hurrelmann, K. (2017). Health Literacy in Deutschland. In D. Schaeffer & J. M. Pelikan (Hrsg.), *Health literacy: Forschungsstand und Perspektiven* (S. 129–144). Hogrefe.
- Scheibe, M. (2022). Wege zur Patientenzentrierung bei digitalen Versorgungsangeboten. In M. McKinsey & Company, T. Müller, L. Richter, T. Silberzahn & P. Padmanabhan (Hrsg.), *eHealth Monitor: Bd. 2. E-Health Monitor 2022: Deutschlands Weg in die digitale Gesundheitsversorgung – Status quo und Perspektiven* (1. Aufl., S. 93–100). MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Schmacke, N., Richter, P. & Stamer, M. (Hrsg.). (2016). *Der schwierige Weg zur Partizipation. Kommunikation in der ärztlichen Praxis*. Bern: Hogrefe.
- Schmidt-Kaehler, S., Dadaczynski, K., Gille, S., Okan, O., Schellinger, A., Weigand, M. & Schaeffer, D. (2021). Gesundheitskompetenz: Deutschland in der digitalen Aufholjagd. Einführung technologischer Innovationen greift zu kurz. *Gesundheitswesen*, 83(5), 327–332. <https://doi.org/10.1055/a-1451-7587>
- Schmidt-Kaehler, S., Vogt, D., Berens, E.-M., Horn, A. & Schaeffer, D. (2017). *Gesundheitskompetenz – verständlich informieren und beraten: Material- und Methodensammlung zur Verbraucher- und Patientenberatung für Zielgruppen mit geringer Gesundheitskompetenz*. Universität Bielefeld. <https://doi.org/10.2390/0070-pub-29081993>
- Schoen, C., Osborn, R., Squires, D., Doty, M., Pierson, R. & Applebaum, S. (2011). New 2011 survey of patients with complex care needs in eleven countries finds that care is often poorly coordinated. *Health Affairs*, 30(12), 2437–2448.
- 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. & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12(1), 80.
- Spallek, J. & Razum, O. (2016). Migration und Gesundheit. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Soziologie von Gesundheit und Krankheit* (S. 153–166). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-11010-9_10
- 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.
- Statistisches Bundesamt. (2022a). Gesundheitspersonal: Deutschland, Jahre, Einrichtungen, Geschlecht. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. Tabellen-Nummer: 23621–0001.
- Statistisches Bundesamt. (2022b). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2021*. Statistisches Bundesamt.
- Stewart, M. (2001). Towards a global definition of patient centred care. *BMJ (Clinical research ed.)*, 322(7284), 444–445. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7284.444>

- Stiftung Gesundheitswissen (SGW). (2020). *Wie informieren sich Menschen mit Migrationshintergrund zum Thema Gesundheit? Teilergebnisse der Studie „HINTS Germany“ zum Gesundheitsinformationsverhalten in Deutschland.: Trendmonitor. Der Monitor für aktuelles Gesundheitswissen. Ausgabe 03.* www.stiftung-gesundheitswissen.de/sites/default/files/pdf/2020_12_22_Trendmonitor_03_Migration_SGW_0.pdf
- Stock, S., Isselhard, A., Jünger, S., Peters, S., Schneider, G., Haorig, F., Halbach, S., Okan, O., Fischer, F., Bollweg, T. M., Bauer, U., Schaeffer, D., Vogt, D., Berens, E.-M., Ernstmann, N. & Bitzer, E. M. (2022). DNVF Memorandum Gesundheitskompetenz (Teil II) – Operationalisierung und Messung von Gesundheitskompetenz aus Sicht der Versorgungsforschung. *Gesundheitswesen*, 84(4), e26-e41. <https://doi.org/10.1055/a-1807-0853>
- 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.* Austrian National Public Health Institute.
- The Lancet. (2020). The truth is out there, somewhere. *The Lancet*, 396(10247), 291.
- Thiel, R., Deimel, L., Schmidtman, D., Piesche, K., Hüsing, T., Rennoch, J., Stroetmann, V. & Stroetmann, K. (2018). #SmartHealthSystems. *Digitalisierungsstrategien im internationalen Vergleich.* 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.
- White, K. (2019). *Publications Output: U.S. Trends and International Comparisons.* National Center for Science and Engineering Statistics. <https://nces.nsf.gov/pubs/nsb20206/executive-summary>
- Wissenschaftsrat. (2012). *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen.* Berlin.
- Wissenschaftsrat. (2022). *HQGplus-Studie zu Hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitssystem – Update: Quantitative und qualitative Erhebungen der Situation in Studium, Lehre, Forschung und Versorgung.* <https://doi.org/10.57674/v8gx-db45>
- 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 (WHO) – Regional Office for Europe. (2013). *Health Literacy. The Solid Facts.* Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). (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 (WHO). (2019). *Draft WHO European roadmap for implementation of health literacy initiatives through the life course.* Copenhagen: WHO. Verfügbar unter www.who.int/europe/publications/i/item/EUR-RC69-14Rev.1
- World Health Organization (WHO). (2022). *Health literacy development for the prevention and control of noncommunicable diseases: Volume 1. Overview.*, World Health Organization.
- Zarocostas, J. (2020). How to fight an infodemic. *The Lancet*, 395(10225), 676. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30461-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30461-X)
- Zhang, Y., Zhang, F., Hu, P., Huang, W., Lu, L., Bai, R., Sharma, M. & Zhao, Y. (2016). Exploring Health Literacy in Medical University Students of Chongqing, China: A Cross-Sectional Study. *PLoS one*, 11(4), e0152547. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0152547>
- Zok, K. (2017). Gesundheitskompetenz von gesetzlich Krankenversicherten. *Public Health Forum*, 25(1), 16–18. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2016-2114>

Abbildungsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Abbildung 1-1: Vier Aufgabenbereiche professioneller Gesundheitskompetenz | 15 |
| Abbildung 1-2: Ärztinnen/Ärzte: Informations- und Wissensmanagement; Punktwert von 0 (schwierig)–100 (einfach) | 27 |
| Abbildung 1-3: Ärztinnen/Ärzte: Informations- und Wissensmanagement; Einzelitems in Prozent*; „Wie einfach oder schwierig ist es für Sie, ...“ | 28 |
| Abbildung 1-4: Ärztinnen/Ärzte: „Wenn Sie nach Fachinformationen suchen, welche drei Quellen sind dann für Sie am wichtigsten? (bis zu 3 Antworten möglich)“; in Prozent | 29 |
| Abbildung 1-5: Ärztinnen/Ärzte: „Wie gut hat Ihre Ausbildung Sie darauf vorbereitet, sich fortlaufend mit Fachinformationen/-wissen auseinanderzusetzen?“; in Prozent | 29 |
| Abbildung 1-6: Ärztinnen/Ärzte: „Wie gut hat Ihre Ausbildung Sie darauf vorbereitet, sich fortlaufend mit Fachinformationen/-wissen auseinanderzusetzen?“; nach Berufsdauer in Prozent | 30 |
| Abbildung 1-7: Ärztinnen/Ärzte: Punktwert zum professionellen Informations- und Wissensmanagement nach Berufsmerkmalen und Geschlecht; Punktwerte von 0 (schwierig)–100 (einfach) | 31 |
| Abbildung 1-8: Pflegefachpersonen: Informations- und Wissensmanagement; Punktwert von 0 (schwierig)–100 (einfach) | 31 |
| Abbildung 1-9: Pflegefachpersonen: Informations- und Wissensmanagement; Einzelitems in Prozent; „Wie einfach oder schwierig ist es für Sie, ...“ | 32 |
| Abbildung 1-10: Pflegefachpersonen: „Wenn Sie nach Fachinformationen suchen, welche drei Quellen sind dann für Sie am wichtigsten? (bis zu 3 Antworten möglich)“; in Prozent | 33 |
| Abbildung 1-11: Pflegefachpersonen: „Wie gut hat Ihre Ausbildung Sie darauf vorbereitet, sich fortlaufend mit Fachinformationen/-wissen auseinanderzusetzen?“; in Prozent | 33 |
| Abbildung 1-12: Pflegefachpersonen: „Wie gut hat Ihre Ausbildung Sie darauf vorbereitet, sich fortlaufend mit Fachinformationen/-wissen auseinanderzusetzen?“; nach Berufsdauer in Prozent | 33 |
| Abbildung 1-13: Pflegefachpersonen: Punktwert zum professionellen Informations- und Wissensmanagement nach Berufsmerkmalen und Geschlecht; Punktwerte von 0 (schwierig)–100 (einfach) | 34 |
| Abbildung 1-14: Informations- und Wissensmanagement; Punktwert von 0 (schwierig) – 100 (einfach) für Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen | 35 |
| Abbildung 1-15: Informations- und Wissensmanagement; Anteil „eher schwierig“ oder „sehr schwierig“ für Einzelitems in Prozent für Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen | 35 |
| Abbildung 1-16: Ärztinnen/Ärzte: Gesamtpunktwert und Punktwerte für die fünf Teilbereiche der Informations- und Wissensvermittlung; Punktwert von 0 (schwierig)–100 (einfach) | 38 |
| Abbildung 1-17: Ärztinnen/Ärzte: Informations- und Wissensvermittlung nach Teilbereichen; Einzelitems in Prozent; „Wie einfach oder schwierig ist es für Sie, ...“ | 40 |
| Abbildung 1-18: Ärztinnen/Ärzte: „Wie gut hat Ihre eigene Ausbildung Sie auf die Vermittlung und Erklärung von Informationen vorbereitet?“; in Prozent | 41 |
| Abbildung 1-19: Ärztinnen/Ärzte: „Wie gut hat Ihre eigene Ausbildung Sie auf die Vermittlung und Erklärung von Informationen vorbereitet?“; nach Berufsdauer in Prozent | 41 |
| Abbildung 1-20: Ärztinnen/Ärzte: Teilbereiche der Informations- und Wissensvermittlung nach Berufsmerkmalen und Geschlecht; Punktwert von 0 (schwierig)–100 (einfach) | 42 |

| | |
|--|----|
| Abbildung 1-21: Pflegefachpersonen: Gesamtpunktwert und Punktwerte für die fünf Teilbereiche der Informations- und Wissensvermittlung; Punktwert von 0 (schwierig)– 100 (einfach) | 43 |
| Abbildung 1-22: Pflegefachpersonen: Informations- und Wissensvermittlung nach Teilbereichen; Einzelitems in Prozent; „Wie einfach oder schwierig ist es für Sie,...“ | 45 |
| Abbildung 1-23: Pflegefachpersonen: „Wie gut hat Ihre eigene Ausbildung Sie auf die Vermittlung und Erklärung von Informationen vorbereitet?“; in Prozent..... | 46 |
| Abbildung 1-24: Pflegefachpersonen: „Wie gut hat Ihre eigene Ausbildung Sie auf die Vermittlung und Erklärung von Informationen vorbereitet?“; nach Berufsdauer in Prozent | 46 |
| Abbildung 1-25: Pflegefachpersonen: Teilbereiche der Informations- und Wissensvermittlung nach Berufsmerkmalen und Geschlecht; Punktwert von 0 (schwierig)– 100 (einfach)..... | 47 |
| Abbildung 1-26: Informations- und Wissensmanagement; Punktwerte von 0 (schwierig)– 100 (einfach) für Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen | 48 |
| Abbildung 1-27: Informations- und Wissensvermittlung; Anteil „eher schwierig“ oder „sehr schwierig“ für Einzelitems für Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen in Prozent | 49 |
| Abbildung 1-28: „Wie vertraut sind Sie mit dem Konzept Gesundheitskompetenz?“; Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen in Prozent..... | 51 |
| Abbildung 1-29: Methoden zur Förderung der Gesundheitskompetenz; Einzelitems für Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen in Prozent; „Und wie vertraut sind Sie mit den folgenden Methoden, um Patientinnen/Patienten im Umgang mit Informationen zu unterstützen?“ | 51 |
| Abbildung 1-30: Ärztinnen/Ärzte: Patientenzentrierte Kommunikation; Punktwert von 0 (schwierig)– 100 (einfach)..... | 53 |
| Abbildung 1-31: Ärztinnen/Ärzte: Patientenzentrierte Kommunikation; Einzelitems in Prozent; „Wie einfach oder schwierig ist es für Sie,...“ | 54 |
| Abbildung 1-32: Ärztinnen/Ärzte: „Wie gut hat Ihre eigene Ausbildung Sie auf die Kommunikation mit Patientinnen/Patienten vorbereitet?“; in Prozent..... | 54 |
| Abbildung 1-33: Ärztinnen/Ärzte: „Wie gut hat Ihre eigene Ausbildung Sie auf die Kommunikation mit Patientinnen/Patienten vorbereitet?“; nach Berufsdauer in Prozent | 54 |
| Abbildung 1-35: Pflegefachpersonen: Patientenzentrierte Kommunikation; Punktwert von 0 (schwierig)– 100 (einfach) | 55 |
| Abbildung 1-34: Ärztinnen/Ärzte: Punktwert zur patientenzentrierten Kommunikation nach Berufsmerkmalen und Geschlecht; Punktwerte von 0 (schwierig)– 100 (einfach) | 55 |
| Abbildung 1-36: Pflegefachpersonen: Patientenzentrierte Kommunikation; Einzelitems in Prozent; „Wie einfach oder schwierig ist es für Sie,...“ | 56 |
| Abbildung 1-37: Pflegefachpersonen: „Wie gut hat Ihre eigene Ausbildung Sie auf die Kommunikation mit Patientinnen/Patienten vorbereitet?“; in Prozent | 56 |
| Abbildung 1-38: Pflegefachpersonen: „Wie gut hat Ihre eigene Ausbildung Sie auf die Kommunikation mit Patientinnen/Patienten vorbereitet?“; nach Berufsdauer in Prozent | 57 |
| Abbildung 1-39: Pflegefachpersonen: Punktwert zur patientenzentrierten Kommunikation nach Berufsmerkmalen und Geschlecht; Punktwerte von 0 (schwierig)– 100 (einfach) | 57 |
| Abbildung 1-40: Patientenzentrierte Kommunikation; Punktwert von 0 (schwierig)– 100 (einfach) für Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen | 58 |
| Abbildung 1-41: Patientenzentrierte Kommunikation; Anteil „eher schwierig“ oder „sehr schwierig“ für Einzelitems für Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen in Prozent | 58 |

| | |
|--|----|
| Abbildung 1-42: Ärztinnen/Ärzte: Professionelle digitale Gesundheitskompetenz; Punktwert von 0 (schwierig)– 100 (einfach) | 60 |
| Abbildung 1-43: Ärztinnen/Ärzte: Professionelle digitale Gesundheitskompetenz; Einzelitems in Prozent; „Wie einfach oder schwierig ist es für Sie, Patientinnen/Patienten dabei zu unterstützen,...“ | 61 |
| Abbildung 1-44: Ärztinnen/Ärzte: „Wie gut gelingt es Ihnen persönlich, mit der Flut an digitalen Informationen zurechtzukommen?“; in Prozent | 61 |
| Abbildung 1-45: Ärztinnen/Ärzte: „Wie gut gelingt es Ihnen persönlich, mit der Flut an digitalen Informationen zurechtzukommen?“; nach Berufsdauer in Prozent | 61 |
| Abbildung 1-46: Ärztinnen/Ärzte: Professionelle digitale Gesundheitskompetenz nach Berufsjahren, Geschlecht und Zurechtkommen mit der digitalen Informationsflut; Punktwerte von 0 (schwierig)– 100 (einfach) | 62 |
| Abbildung 1-47: Ärztinnen/Ärzte: „Welche der folgenden digitalen Kontaktmöglichkeiten bieten Sie oder Ihre Einrichtung an (Mehrfachantworten möglich)?“; in Prozent | 63 |
| Abbildung 1-48: Pflegefachpersonen: Professionelle digitale Gesundheitskompetenz; Punktwert von 0 (schwierig)– 100 (einfach) | 63 |
| Abbildung 1-49: Pflegefachpersonen: Professionelle digitale Gesundheitskompetenz; Einzelitems in Prozent; „Wie einfach oder schwierig ist es für Sie, Patientinnen/Patienten dabei zu unterstützen,...“ | 64 |
| Abbildung 1-50: Pflegefachpersonen: „Wie gut gelingt es Ihnen persönlich, mit der Flut an digitalen Informationen zurechtzukommen?“; in Prozent | 64 |
| Abbildung 1-51: Pflegefachpersonen: „Wie gut gelingt es Ihnen persönlich, mit der Flut an digitalen Informationen zurechtzukommen?“; nach Berufsdauer in Prozent | 64 |
| Abbildung 1-52: Pflegefachpersonen: Professionelle digitale Gesundheitskompetenz nach Berufsjahren, Geschlecht und Zurechtkommen mit der digitalen Informationsflut; Punktwerte von 0 (schwierig)– 100 (einfach) | 65 |
| Abbildung 1-53: Pflegefachpersonen: „Welche der folgenden digitalen Kontaktmöglichkeiten bieten Sie oder Ihre Einrichtung an (Mehrfachantworten möglich)?“; in Prozent | 66 |
| Abbildung 1-54: Professionelle digitale Gesundheitskompetenz; Punktwert von 0 (schwierig)– 100 (einfach) für Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen | 66 |
| Abbildung 1-55: Professionelle digitale Gesundheitskompetenz; Anteil „eher schwierig“ oder „sehr schwierig“ für Einzelitems für Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen in Prozent | 67 |
| Abbildung 1-56: Ärztinnen/Ärzte: Rahmenbedingungen; Punktwert von 0 (nie)– 100 ((fast) immer) | 68 |
| Abbildung 1-57: Ärztinnen/Ärzte: Organisatorische Rahmenbedingungen; Einzelitems in Prozent; „Gerne würden wir auch etwas über die Rahmenbedingungen erfahren, die für Gespräche mit Patientinnen/Patienten relevant sind.“ | 69 |
| Abbildung 1-58: Pflegefachpersonen: Organisatorische Rahmenbedingungen; Punktwert von 0 (nie)– 100 ((fast) immer) | 70 |
| Abbildung 1-59: Ärztinnen/Ärzte: Organisatorische Rahmenbedingungen; Einzelitems in Prozent; „Gerne würden wir auch etwas über die Rahmenbedingungen erfahren, die für Gespräche mit Patientinnen/Patienten relevant sind.“ | 71 |
| Abbildung 1-60: Organisatorische Rahmenbedingungen; Punktwert von 0 (schwierig)– 100 (einfach) für Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen | 72 |
| Abbildung 1-61: Organisatorische Rahmenbedingungen; Anteil „selten“ oder „nie“ für Einzelitems für Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen in Prozent; „Gerne würden wir auch etwas über die Rahmenbedingungen erfahren, die für Gespräche mit Patientinnen/Patienten relevant sind.“ | 73 |

Tabellenverzeichnis

| | |
|--|----|
| Tabelle 1-1: Aufgaben- und Teilbereiche des HLS-PROF-Q und Anzahl der einbezogenen Items | 18 |
| Tabelle 1-2: Eckpunkte der Datenerhebung für Ärztinnen und Ärzte (Sermo-Panel) | 19 |
| Tabelle 1-3: Eckpunkte der Datenerhebung für Pflegefachpersonen (PAYBACK-Panel) | 20 |
| Tabelle 1-4: Berufsgruppen nach ausgewählten soziodemografischen und beruflichen Merkmalen (ungewichtet und gewichtet) | 22 |
| Tabelle 1-5: Ärztinnen/Ärzte: Rahmenbedingungen und Teilbereiche der Informations- und Wissensvermittlung; Pearson-Korrelation | 70 |
| Tabelle 1-6: Ärztinnen/Ärzte: Rahmenbedingungen und patientenzentrierte Kommunikation; Pearson-Korrelation .. | 70 |
| Tabelle 1-7: Pflegefachpersonen: Organisatorische Rahmenbedingungen und Teilbereiche der Informations- und Wissensvermittlung; Pearson-Korrelation | 71 |
| Tabelle 1-8: Pflegefachpersonen: Organisatorische Rahmenbedingungen und patientenzentrierte Kommunikation; Pearson-Korrelation | 72 |

