

Gesundheitskompetenz bezüglich Ernährung, Bewegung und Gewicht

Dissertation von
Daniela Maag

Unter der Leitung von
Prof. Dr. Peter J. Schulz

Eingereicht bei der
Fakultät für Kommunikationswissenschaften
Università della Svizzera italiana

Zur Erlangung der
Doktorwürde (Dr. phil.) in Kommunikationswissenschaften

Mai 2007

Lugano, Mai 2007

Zusammenfassung

Die Themen Ernährung und Bewegung wurden in den letzten Jahren angesichts einer stetig wachsenden Übergewichtsproblematik vermehrt in die Gesundheits- und Lifestyle Diskussion aufgenommen. Forciert wird diese gesteigerte Aufmerksamkeit unter anderem durch verschiedenste Informationsquellen, insbesondere durch die Massenmedien. Im Zuge eines wachsenden Marktes von Gesundheitsprodukten, -Dienstleistungen und -Informationen verändert sich auch die Rolle des Individuums: Situationen und Informationen müssen in einem kontinuierlichen Reflexionsprozess stetig neu evaluiert werden. Dem verantwortungsvollen Umgang mit der Gesundheit im Allgemeinen und den Themen Ernährung, Bewegung und Gewicht, sowie der kritischen Aufnahme und Verarbeitung von Gesundheitsinformationen wird in Zukunft immer mehr Beachtung geschenkt werden müssen.

Daher gewinnt das an Bedeutung, was man im Deutschen mit *Gesundheitskompetenz* umschreibt und was die angelsächsische Tradition unter dem Begriff der *Health Literacy* versteht. Health Literacy ist die Fähigkeit, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken.

Die vorliegende Dissertation analysiert Gesundheitskompetenz bezüglich Ernährung, Bewegung und Gewicht im Rahmen einer in der Schweiz durchgeführten qualitativen Studie. Sie konzentriert sich auf die Erarbeitung von idealtypischen Komponenten von Gesundheitskompetenz. Es wird ein Modell vorgeschlagen, welches diese idealtypischen Komponenten zwei Dimensionen zuordnet: Der *Kompetenzdimension* und der *Dimension der Verhaltensstrategie*. Die Kompetenzdimension *beschreibt* die eigentliche Kompetenz, während die Dimension der Verhaltenstrategien Komponenten enthält, die zur *Erklärung* eines mehr oder weniger kompetenten Umgang mit der eigenen Bedürftigkeit herangezogen werden können.

Die Resultate der Studie zeigen, dass in der Gesundheitsförderung und besonders in der Gesundheitskommunikation, der Gesundheitskompetenz der zu erreichenden Zielgruppen Rechnung getragen werden sollte. Probleme in der Gesundheitskommunikation, die im Zusammenhang mit Gesundheitskompetenz stehen, können nicht generell, sondern sollten im Sinne eines *Tailoring Health Messages*-Ansatzes zielgruppenspezifisch angegangen werden.

English Abstract

Over the last decade a constantly growing prevalence of the obesity problem in industrialized nations has intensified the health and lifestyle discussion, particularly regarding the topics of nutrition and physical exercise. This elevated attention is also due to an increased awareness towards these topics by various information sources, in particular by the mass media. Whilst the market of health products, services and information is growing, the role of the individual changes: Situations and information must be constantly re-evaluated within a continuous reflection process. In the future, it will be critical to pay more attention to the skillful management of health in general, along with the topics of nutrition and physical exercise in particular, as well as to the evaluation and the processing of health information.

As a result, Health Literacy, which represents the ability to make sound health decisions in the context of everyday life, gains increased attention.

By means of a qualitative research, this dissertation analyzes Health Literacy in nutrition, physical exercise and weight for the specific case of Switzerland, concentrating on the development of ideal-typical Health Literacy components. A model is suggested, which assigns these ideal-typical components to two dimensions: The *competence dimension* and the *dimension of behavioral strategy*. The *competence dimension* describes the real competence, whereas the *dimension of behavioral strategies* contains the components that are necessary for the explanation of a more or less skilled handling of one's own needs.

The results of this study show that health promotion and particularly health communication should be oriented towards their target groups' Health Literacy. It is proposed that existing problems in health communication, which are mainly due to a lacking orientation of health communication measures to target specific Health Literacy

components, should be addressed in the sense of *Tailoring Health Messages* to target specific Health Literacy characteristics.

Dank

An erster Stelle möchte ich meinem Vater Peter und meiner Mutter Marianne danken. Sie haben mich während der ganzen Doktorandenzeit bedingungslos, immer und überall unterstützt. Ein Dank geht genauso an meine Schwester Christina, welche nie mit kritischen Kommentaren gespart hat. Ein grosser Dank auch an meinen Lebenspartner Urs, der mit mir durch die Höhen und Tiefen der Redaktion dieser Doktorarbeit gegangen ist und mich an vielen Wochenenden entbehrt hat.

Die treuesten Begleiter während den letzten drei Jahren waren Freundinnen und Freunde im Tessin und in der Deutschschweiz, die unzählige Stimmungswechsel sowie Freud und Leid Tag für Tag mit mir geteilt haben. Ganz speziell danke ich Carole und Cristina, Burbi und Catherine, aber auch Christian, Christina, Iris, Bettina, Katrin, Simona, Simon und Carmen.

An der Universität Lugano möchte ich besonders Albino Zraggen danken, der mich zu Beginn meines Doktorats sehr unterstützt hat. Weiter danke ich ganz speziell meinem Doktorvater Prof. Dr. Peter. J. Schulz, welcher mich bei der Konzeption, Durchführung und Redaktion dieser Doktorarbeit unterstützt hat – es war nicht immer einfach! Danke auch an alle anderen Professoren, Assistenten und Doktorandenkollegen, die mir immer wieder mit Rat und Tat zur Seite standen. Insbesondere möchte ich an dieser Stelle Prof. Dr. David Brinberg erwähnen.

Ein letzter und sehr wichtiger Dank gebührt Prof. Dr. Ilona Kickbusch, welche mich als Mentorin immer wieder von neuem dazu ermuntert hat, unbeirrt den Weg über holprige Forschungssteine zu gehen und das Ziel dabei nie aus den Augen zu verlieren.

Inhalt

A – Einleitung	1
<hr/>	
1	Gesundheit, Lifestyle und Information 2
1.1	Die veränderte Bedeutung und Wahrnehmung von Gesundheit..... 2
1.2	Gesundheitsthemen Ernährung, Bewegung und Gewicht..... 3
1.3	Die neue Rolle des Individuums 5
2	Gesundheitskompetenz 7
3	Gesundheitskompetenz neu untersucht 8
3.1	Forschungsfragen..... 9
3.2	Methodik..... 11
3.3	Thematische Abgrenzung der Studie 12
4	Gesundheitswissenschaften..... 14
4.1	Gesundheit in der Soziologie und Psychologie..... 15
4.2	Gesundheit und Gesundheitskommunikation 20
5	Die Struktur der Dissertationsschrift 25
B - Ernährung, Bewegung und Gewicht	27
<hr/>	
6	Ernährung, Bewegung und Gewicht: Eine internationale Perspektive 28
6.1	Gewicht und Übergewicht international 35
6.2	Ernährung international 41
6.3	Bewegung international 46
7	Die Situation in der Schweiz..... 51
7.1	Ernährung in der Schweiz 51
7.2	Bewegung in der Schweiz..... 63
7.3	Gewicht in der Schweiz 75
8	Zusammenfassung Kapitel B 84

C - Gesundheitskompetenz	87
--------------------------	----

9	Gesundheitskompetenz definieren	91
9.1	Von Literacy zu Health Literacy	91
9.2	Health und Health Literacy	95
9.3	Neue Definitionen von Health Literacy	102
10	Gesundheitskompetenz messen	109
10.1	WRAT: Wide Range Achievement Test	110
10.2	REALM: Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine	111
10.3	MART: Medical Terminology Achievement Reading Test	111
10.4	TOFHLA: Test of Functional Health Literacy in Adults	112
10.5	Nationale und internationale Literacy Erhebungen	112
11	Gesundheitskompetenz fördern	133
12	Zusammenfassung Kapitel C	141

D - Gesundheitskompetenz bezüglich Ernährung, Bewegung und Gewicht	147
--	-----

13	Methodik	148
13.1	Forschungsfragen	148
13.2	Methodische Grundlagen	149
13.3	Zusammensetzung der Stichprobe	157
14	Deskriptive Daten	162
14.1	Gesundheitsverhalten generell	163
14.2	Informationsverhalten	164
14.3	Wissen	181
14.4	Beeinflussung der eigenen Gesundheit	183
14.5	Was hat eine gesunde Person, was ich nicht habe?	184
15	Qualitative Analyse	186
15.1	Kategoriensystem	186
15.2	Idealtypen	209
16	Zusammenfassung Kapitel D	237

E - Interpretation	241
<hr/>	
17	Health Literacy in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Gewicht 242
18	Health Literacy Forschung..... 265
19	Ernährung, Bewegung und Gewicht 280
20	Grenzen der vorliegen Forschung..... 286
F - Appendix	301
<hr/>	
21	Vorbereitende Interviews..... 302
22	Halbstrukturierte Interviews 303
22.1	Liste Interviewpartner 304
22.2	Legende Liste Interviewpartner 309
22.3	Interviewleitfaden Deutsch 310
22.4	Interviewleitfaden Französisch 320
22.5	Interviewleitfaden Italienisch..... 330
23	Thematische Mind Mapsh..... 340
24	Personenprofile 346
24.1	Beschreibungen..... 346
24.2	Mind Maps Personenprofile..... 353
G – Bibliograohie	381
<hr/>	

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Body Mass Index	29
Tabelle 2: BMI ≥ 25 in Westeuropa und USA 2002 nach Geschlecht	36
Tabelle 3: BMI ≥ 25 in Westeuropa und USA 2005 nach Geschlecht	37
Tabelle 4: BMI ≥ 25 in Westeuropa und USA 2010 nach Geschlecht	38
Tabelle 5: BMI ≥ 30 in Westeuropa und USA 2002/2005/2010	40
Tabelle 6: BMI ≥ 30 in Kanada 2003	41
Tabelle 7: Weniger als 5 Portionen Früchte und Gemüse pro Tag USA	42
Tabelle 8: Weniger als 5 Portionen Früchte und Gemüse pro Tag Großbritannien	43
Tabelle 9: Keine Früchte und Gemüse Großbritannien	43
Tabelle 10: Früchtekonsum pro Tag in Gramm Frankreich	45
Tabelle 11: Früchtekonsum pro Tag in Gramm Deutschland	45
Tabelle 12: Weniger als 5 Portionen Früchte und Gemüse pro Tag Kanada	46
Tabelle 13: Mittlere körperliche Betätigung in den letzten 7 Tagen	47
Tabelle 14: Mittlere körperliche Betätigung in den letzten 7 Tagen nach Alter	47
Tabelle 15: Prozent Inaktive in der EU nach Typ 1 und 2 und Geschlecht	48
Tabelle 16: Prozent inaktive Menschen in der EU nach Typ 1 und 2 und Land	49
Tabelle 17: 4 Typen von sportlich-körperlicher Bewegung	70
Tabelle 18: Basisempfehlung „außer Atem kommen durch körperliche Betätigung“	73
Tabelle 19: Basisempfehlung „Schwitzen durch körperliche Aktivität“	74
Tabelle 20: Basisempfehlung BASPO/Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz	75
Tabelle 21: Resultate Heureka Studie 1991	81
Tabelle 22: Resultate LuftiBus Studie 1993-1998	82
Tabelle 23: Übergewicht (BMI 25-29,9)	82
Tabelle 24: Adipositas (BMI ≥ 30)	82
Tabelle 25: Total (BMI ≥ 25)	83
Tabelle 26: Beschreibungen Typen von Literacy NALS, 1992	114
Tabelle 27: Beschreibung des Kompetenzbereichs PROSE Literacy	115
Tabelle 28: Beschreibung des Kompetenzbereichs DOCUMENT Literacy	115
Tabelle 29: Beschreibung des Kompetenzbereichs QUANTITATIVE Literacy	116

Tabelle 30: OECD Beschreibung Literacy Niveaus IALS	119
Tabelle 31: Range der Mittelwerte aller Nationen pro Kompetenzbereich, IALS	120
Tabelle 32: Beschreibung Literacy Niveaus NAAL	121
Tabelle 33: Health Activities und Anzahl kodierter Items	127
Tabelle 34: Beschreibung Literacy Niveaus HALS	128
Tabelle 35: Unterschiede zwischen Ländern	132
Tabelle 36: Definitionen soziale Schicht	158
Tabelle 37: Definitionen Gewicht	158
Tabelle 38: Beschreibung der Stichprobe	158
Tabelle 39: Definitionen Gesundheitsorientierung	159
Tabelle 40: Definitionen Bewusstsein	160
Tabelle 41: Verteilung Gesundheitsorientierung und Bewusstsein	160
Tabelle 42: Ausbildung	161
Tabelle 43: Nennungen zu Produkten	172
Tabelle 44: Nennungen zu Bewegung	172
Tabelle 45: Nennungen zu Wellness	172
Tabelle 46: Nennungen zu Gesundheit allgemein	173
Tabelle 47: Gründe und Erklärung für Selbsteinschätzung Medientyp 3	175
Tabelle 48: Medien, Internet, Markt und Krankenkassen	179
Tabelle 49: Arzt, Gesundheitsmagazine, Fachliteratur	179
Tabelle 50: Werbung, Spitäler, Gesundheitsinstitutionen	179

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Theoretischer Bezugsrahmen Definition von Gesundheitskompetenz	9
Abbildung 2: Sozialisationstheoretisches Modell der Belastungs-Bewältigungsprozesse	20
Abbildung 3: Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen in den USA	31
Abbildung 4: BMI \geq 25 in Westeuropa und USA 2002 nach Geschlecht	37
Abbildung 5: BMI \geq 25 in Westeuropa und USA 2005 nach Geschlecht	38
Abbildung 6: BMI \geq 25 in Westeuropa und USA 2010 nach Geschlecht	39
Abbildung 7: Früchtekonsum Österreich gesamt	44
Abbildung 8: Gemüsekonsum Österreich gesamt	44
Abbildung 9: Inaktivität in den USA 1994-2004	50
Abbildung 10: Überarbeitete Lebensmittelpyramide	54
Abbildung 11: Die Bewegungspyramide des Bundesamts für Sport	68
Abbildung 12: Energiebilanz	76
Abbildung 13: Prävalenz Übergewicht / Adipositas bei Schweizer Knaben in %	80
Abbildung 14: Prävalenz Übergewicht / Adipositas bei Schweizer Mädchen in %	80
Abbildung 15: Entwicklungen in der Health Literacy Forschung	89
Abbildung 16: Health Literacy Ebenen	93
Abbildung 17: Health Literacy Modell Schulz und Nakamoto	107
Abbildung 18: NALS Literacy Niveaus in der US Bevölkerung: PROSE	116
Abbildung 19: NALS Literacy Niveaus in der US Bevölkerung: DOCUMENT	117
Abbildung 20: NALS Literacy Niveaus in der US Bevölkerung: QUANTITATIVE	117
Abbildung 21: NALS/NAAL Literacy Niveaus in der US Bevölkerung: PROSE	122
Abbildung 22: NALS/NAAL Literacy Niveaus in der US Bevölkerung: DOCUMENT	122
Abbildung 23: NALS/NAAL Literacy Niveaus in der US Bevölkerung: QUANTITATIVE	123
Abbildung 24: Kategorien von „Health Activities“ mit ausgewählten Beispielen	126
Abbildung 25: HALS Kompetenzniveaus in der US Bevölkerung	129
Abbildung 26: Interventionsebenen IOM	140
Abbildung 27: Zentrale Komponenten von Gesundheitskompetenz	141

Abbildung 28: Entwicklung Messungen von Gesundheitskompetenz	144
Abbildung 29: Altersverteilung Stichprobe	157
Abbildung 30: Berichterstattung Ernährung, Bewegung und Gewicht	165
Abbildung 31: 1. Schritt qualitative Analyse	214
Abbildung 32: 2. Schritt qualitative Analyse	215
Abbildung 33: 3. Schritt qualitative Analyse	216
Abbildung 34: Kategorien für Kompetenz und Erklärung von Kompetenz	217
Abbildung 35: Kompetenzdimension	239
Abbildung 36: Dimension der Verhaltensstrategie	239
Abbildung 37: Kompetenzdimension	248
Abbildung 38: Dimension der Verhaltensstrategie	251
Abbildung 39: Rollen von Kompetenzdimension und Dimension der Verhaltensstrategie	252
Abbildung 40: Reaktionsmöglichkeiten auf zu viel oder zu wenig Gesundheitsinformation	254
Abbildung 41: Health Literacy Modellintegration auf Makro-, Meso- und Mikroebene	267
Abbildung 42: Messung von Gesundheitskompetenz – integratives Referenzmodell	270
Abbildung 43: <i>Tailoring Health Messages</i> zur Förderung von Gesundheitskompetenz	276

A – Einleitung

1 Gesundheit, Lifestyle und Information

1.1 Die veränderte Bedeutung und Wahrnehmung von Gesundheit

Die Bedeutung sowie die Wahrnehmung von Gesundheit haben sich über die letzten Jahrzehnte stetig verändert. Gesundheit wird nicht mehr nur exklusiv im Gesundheitssystem relevant, sondern schließt zahlreiche Aspekte unseres Lebens – ob wir jung oder alt, krank oder kerngesund sind – und eine Vielzahl von Themenbereichen wie z.B. Wohlbefinden, Bewegung und Sport, Ernährung, Erholung und Schlaf mit ein. Gesundheit ist nicht nur die Abwesenheit von Krankheit, sondern eine Ressource für Individuen und die Gesellschaft. So wird Gesundheit immer mehr zu einer treibenden Kraft auf dem Markt und zu einem immer wichtigeren Wirtschaftsfaktor (Kickbusch, 2006). Die Studie „Health Horizons“, welche vom Gottfried Duttweiler Institut im März 2006 publiziert wurde, illustriert eindrücklich die Zukunft der Gesundheit in unserer Gesellschaft und antwortet auf die Fragen, warum Gesundheit immer wichtiger wird, welches die Treiber eines neuen Gesundheitsmarktes sind und welche Innovationen diesen Markt von morgen prägen werden (Sigrist, 2006). Diese Expansion der Gesundheit in fast alle Bereiche des täglichen Lebens bringt Vor- und Nachteile. Auf der einen Seite bedeutet sie mehr Wahlmöglichkeiten für die eigene Gesundheit, auf der anderen Seite ist sie auch mit einer buchstäblichen Informationsflut zum Thema verbunden. Es fällt nicht schwer, diese Aussage durch persönliche Beobachtungen zu untermauern. Durch die Strassen gehend begegnet man an jeder Ecke einer Werbung für ein Produkt oder eine Dienstleistung im Zusammenhang mit Gesundheit (STOP AIDS, tabakfreie Bars und Restaurants im Tessin, neue Fitnessgeräte im Fitnesscenter XY, etc.) im Supermarkt kann man inzwischen nicht mehr nur konventionelle Grundnahrungsmittel kaufen – z.B. Äpfel, Milch, Brot, Butter, Käse, Fleisch, Gemüse und Früchte – sondern Nahrungsmittel, die einen speziellen gesundheitlichen Nutzen versprechen. Neben ganz normalen Milchprodukten finden sich in den Regalen bei MIGROS oder COOP z.B. zunehmend spezielle Milch (Calcium-Milch, WeightWatchers-Milch, Milch speziell für ältere Menschen), Yoghurts und Drinks, die alle mit dem Versprechen der besseren Gesundheit vermarktet werden. Am Kiosk steht

ein Grossteil der Illustrierten in irgendeinem Zusammenhang mit Gesundheit. Jede Frauenzeitschrift hat mittlerweile ihr Sonderheft zu Gesundheit und Wellness: *Brigitte Balance*, *Wellfit*, *Shape*, *Vital*, *MySelf*, *Fit for Fun*, *Emotion*, *Wellness*, *WeightWatchers* etc. sind nur einige wenige Beispiele. Im Fernsehen klären *Fit for Fun TV* (Vox), *Gesundheit Sprechstunde* (SF1), *Rundum gesund* (WDR), *Visite* (NRD) oder *Hauptsache gesund* (MDR) ihre Zuschauer wöchentlich über Gesundheitsthemen auf. Neu ist seit Juni 2005 auch *FOCUS Gesundheit*, Deutschlands erster Gesundheitskanal, der über Premiere empfangen werden kann. Rund um die Uhr berichtet der Sender über die Bereiche Medizin, Fitness, Wellness, Ernährung, Forschung und Schönheit. (siehe auch Kickbusch, 2006).

Auf der einen Seite sind Gesundheitsinformationen und ein große Angebot an „für die Gesundheit förderliche Produkte und Dienstleistungen“ wünschenswert, auf der anderen Seite besteht die Gefahr, dass sich Menschen in dieser Flut von Informationen, Produkten und Dienstleistungen verlieren.

1.2 Gesundheitsthemen Ernährung, Bewegung und Gewicht

Speziell die Gesundheitsthemen Ernährung, Bewegung und Gewicht wurden in den letzten Jahren angesichts der stetig wachsenden Übergewichtsproblematik¹ vermehrt in die Gesundheits- und Lifestyle Diskussion aufgenommen. Auch die vorliegende Dissertation konzentriert sich auf die Themen Ernährung, Bewegung und Gewicht, speziell für die Schweiz, wobei diese Themen sowohl unter einer Problem- oder Krankheits- wie auch einer Gesundheits- oder Lifestyleperspektive relevant werden.

(1) Die Problemperspektive auf Ernährung, Bewegung und Gewicht

Aus verschiedenen Studien geht hervor, dass sich in der Schweiz Personen nicht genug bewegen (Lamprecht und Stamm, 2000; Martin et al., 2000, Martin und Mäder 2002) –

¹ Siehe weiter unten im Text und in Kapitel B.

laut der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 sind es rund 64%² (Bundesamt für Statistik, 2003) – und dass falsche Ernährungsgewohnheiten Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs begünstigen können (siehe z.B. Eichholzer et al., 2005). Fehlernährung und Bewegungsmangel werden als wesentliche Gründe für die Ausbreitung von Übergewicht und den damit verbundenen Krankheiten in der Schweiz gesehen (siehe z.B. Eichholzer et al., 2005) – laut der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 waren im Jahr 2001 29,4% der Schweizerinnen und Schweizer (> 15 Jahre) übergewichtig; 7,7% der Bevölkerung gar adipös.

Das Problem besteht mitunter auch darin, dass in der Schweiz immer mehr Geld für die Behandlung von Krankheiten (auch für Krankheiten, welche die Folge eines ungesunden Lebensstils sind) eingesetzt wird (Somaini, 2005). Die direkten medizinischen Kosten z.B. von Diabetes Typ II, wurden im Jahr 1998 auf 3'500 Franken pro Patient und Jahr geschätzt (Schmitt-Koopman et al., 2004) – bei 250'000 Diabetikern in der Schweiz ergibt dies jährlich 875 Millionen Franken. Weitere Studien in der Schweiz, welche zum Thema Übergewicht und Diabetes als eine seiner Hauptfolgekrankheiten durchgeführt wurden, kommen auf ähnliche Ergebnisse (Neilson und Schneider, 2005; Schmid et al., 2005). Eine Änderung des Lebensstils (gesündere Ernährung und mehr Bewegung) würde das Risiko, an Diabetes zu erkranken, um mehr als 50% - und so auch medizinische Kosten – senken.

(2) Die Gesundheits- und Lifestyleperspektive auf Ernährung, Bewegung und Gewicht
Neben einer eher problematischen Sicht auf Ernährung, Bewegung und Gewicht, die Hauptdeterminanten von vielen so genannten Volkskrankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes oder Krebs, konnte in den letzten Jahren gleichermaßen eine zunehmende Auseinandersetzung der Bevölkerung mit diesen Themen festgestellt werden. Diese gesteigerte Auseinandersetzung könnte unter anderem in einem Zusammenhang mit immer mehr Informationen zum Thema – besonders in den

² Inaktiv (19,4%), nur teilaktiv (19,1%), unregelmässig aktiv (26,5).

Massenmedien – stehen. Weiter nahmen über die letzten Jahre gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen zu. Die Gesundheitsförderung in der Schweiz unterstützt zum Beispiel nationale Projekte zur Bewegungsförderung wie Allez-Hop (siehe online: www.allezhop.ch) oder setzt sich an verschiedensten Stellen für mehr Sensibilität für gesunde Ernährung und genügend Bewegung in der Schweizer Bevölkerung ein.

1.3 Die neue Rolle des Individuums

Im Zuge dieser gesteigerten Aufmerksamkeit bezüglich der Themen Ernährung, Bewegung und Gewicht und einer Ausbreitung von Informationen, ändert sich auch die Rolle des Individuums, welches sich in einem immer komplexeren Markt an Produkten, Dienstleistungen und Informationen – zu Gesundheit generell und speziell für Ernährung, Bewegung und Gewicht – zurecht finden muss.

Es gibt kaum noch eine Entscheidung zu Ernährung oder Bewegung, die nicht in irgendeiner Form mit unserer Gesundheit oder der Gesundheit unserer Mitmenschen zusammenhängt. Wenn wir essen, denken wir an Gesundheit (z.B.: *„ich esse Früchte, weil das der Gesundheit förderlich sind“*, *„ich esse am Mittag eine große Portion Salat, um nicht zu viele Kalorien und vor allem nicht zu viel Fett zu mir zu nehmen“*). Wenn wir uns bewegen, dann wegen unserer Gesundheit (z.B. *„ich gehe zu Fuß zur Arbeit, weil ich mich mehr bewegen sollte“*, *„ich gehe nicht nur ins Fitnesscenter, um zu trainieren, sondern weil mir das auch gesundheitlich gut tut und ich mich erhole, der Besuch im Fitnesscenter wird zu einem Lifestyle-Event“*).

In diesem Umfeld müssen Situationen und vor allem Informationen im Zusammenhang mit Ernährung, Bewegung und Gewicht im Zuge eines kontinuierlichen Reflexionsprozesses regelmäßig evaluiert werden (siehe auch Giddens, 1995), um stets die richtigen, für die eigene Gesundheit förderlichen, Entscheidungen zu fällen (Lupton, 1997; Seale, 2004). Dieser Prozess der kontinuierlichen Reflexion drückt sich neben der Notwendigkeit des konstanten Überdenkens von persönlichem Handeln auch in einer enormen Entscheidungslast aus, die auf den Schultern von Individuen liegt. Mit dieser

Entscheidungslast umzugehen ist nicht einfach, und Menschen mit speziellen Handlungsfähigkeiten haben bessere Voraussetzungen, sich dieser Last zu stellen.

Es wird angenommen, dass nur Personen mit einem gewissen Maß an spezifischen Kompetenzen mit der ihnen auferlegten Entscheidungslast umgehen können und fähig sind, im täglichen Leben kompetent, der eigenen Bedürftigkeit entsprechend, zu handeln. Es sind dies Personen, die genug an den Themen Ernährung, Bewegung und Gewicht interessiert sind, um sich die Informationen zu suchen, die sie brauchen, und auch die Fähigkeiten besitzen – unter anderem das Wissen – sich mit Gesundheitsinformationen kritisch, im Sinne einer Hinterfragung derselben, auseinanderzusetzen. Das nächste Kapitel 2 führt den Leser in das Themenfeld der Gesundheitskompetenz ein. Gesundheitskompetenz beschreibt genau die Kompetenz, die Personen benötigen, um im täglichen Leben kompetent mit der eigenen Bedürftigkeit umzugehen.

2 Gesundheitskompetenz

Der Forschungszweig der Gesundheitskompetenz, in der angelsächsischen Tradition als *Health Literacy* bekannt, beschäftigt sich seit den 80er Jahren mit der Frage, wieso bestimmte Menschen fähiger sind als andere, mit der eigenen Gesundheit und Bedürftigkeit umzugehen. Die Anfänge der Health Literacy Forschung – hauptsächlich aus den USA und Kanada – liegen in Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen *Literacy* (Lese- (und Schreib)fähigkeit) und *Health* (Gesundheit) sowie wissensbasierten Komponenten und Gesundheitsverhalten. Im Folgenden wurde Gesundheitskompetenz mehr und mehr als eine funktionale Kompetenz verstanden, welche auch das Verstehen von Gesundheitsinformationen umfasste. Mittlerweile schließt das Konzept der Health Literacy nicht nur Lese- (und Schreib)fähigkeiten und funktionale Kompetenzen mit ein, sondern auch so genannte *Life Skills*. Insofern bietet Health Literacy eine Grundlage für ein umfassenderes Verständnis dafür, wie Personen sich im Alltag gesundheitsfördernd verhalten, sich – speziell zu den Themen Ernährung, Bewegung und Gewicht – dementsprechend mehr oder weniger gesund ernähren, sich mehr oder weniger bewegen und mehr oder weniger auf ihr Gewicht achten.

Es existieren jedoch bislang nur vereinzelte wissenschaftliche Studien, die genau untersuchen, was für spezielle Kompetenzen und Eigenschaften jemand haben muss, um sich in einem neuen, modernen Gesundheitsumfeld zu bewegen. Speziell für Ernährung, Bewegung und Gewicht wurde bis anhin nicht untersucht, was Gesundheitskompetenz für diese spezifischen Bereiche heißt.

Im nächsten Kapitel wird auf diese Problematik eingegangen und vorgestellt, wie die im Rahmen dieser Dissertation durchgeführte Studie genau diese Lücke in der Health Literacy Forschung zu schließen versucht.

3 Gesundheitskompetenz neu untersucht

Die vorliegende Dissertation erarbeitet in einer qualitativen Studie, was Gesundheitskompetenz in Ernährung, Bewegung und Gewicht heißt. Zu diesem Zweck wird mit einer Definition von Gesundheitskompetenz gearbeitet, welche erstmals von Kickbusch und Maag im Jahre 2005 in die Health Literacy Diskussion eingeführt wurde³. Die Definition basiert auf der Annahme, dass Gesundheitskompetenz nicht etwas ist, das man auf einen bestimmten Kontext (Gesundheitssystem) limitieren oder lediglich auf Lese- (und Schreib)fähigkeit wie funktionale Kompetenzen reduzieren kann. Health Literacy ist eine *umfassende Fähigkeit*, welche es Menschen erlaubt, im Alltag mündige Gesundheitsentscheidungen zu fällen und kompetent mit der eigenen Bedürftigkeit umzugehen.

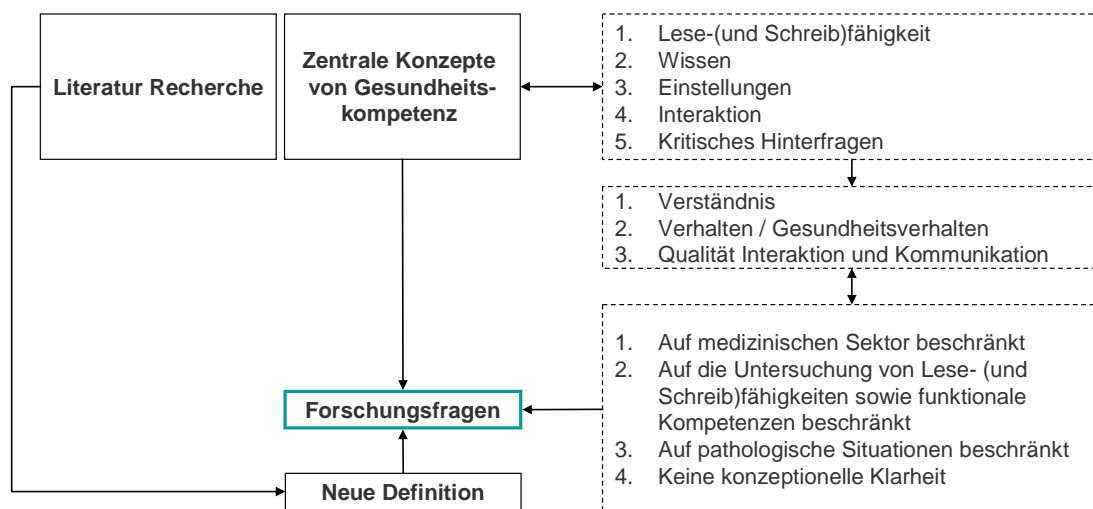
Nach der Definition von Kickbusch und Maag ist Gesundheitskompetenz demnach die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken – zu Hause, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem und in der Gesellschaft ganz allgemein. Gesundheitskompetenz stärkt eine Person in der Selbstbestimmung und in ihrer Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit zu Gesundheitsfragen und verbessert die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und somit Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen (Kickbusch und Maag, 2005; Kickbusch et al., 2005).

Diese Definition basiert auf einer ausgedehnten Literatur Recherche zur Thematik Gesundheitskompetenz (siehe Kapitel C). Wie folgende Abbildung 1 zeigt, hat die Literatur Recherche ergeben, dass in der bisherigen Health Literacy Forschung hauptsächlich die Komponenten *Literacy* (Lese- und (Schreib)fähigkeit), Wissen, Einstellungen, Interaktion und *kritisches Hinterfragen* untersucht wurden. Weiter wurden diese Komponenten hauptsächlich auf den medizinischen Kontext bezogen. Aus

3 Eine weitere neue Definition von Gesundheitskompetenz wurde 2005 von Schulz und Nakamoto in die Health Literacy Diskussion eingeführt. Diese Definition ist in Kapitel C-9.3.2 ausführlich beschrieben.

den obigen Ausführungen geht jedoch hervor, dass sich der Gesundheitsbegriff über die letzten Jahre kontinuierlich ausgedehnt hat, und demzufolge auch Gesundheitskompetenz neu zu fassen ist. Dies führte zusammen zur Erarbeitung einer neuen Definition von Gesundheitskompetenz (Kickbusch und Maag, 2005) als Basis für die folgende Studie, welche Gesundheitskompetenz für die Gesundheitsbereiche Ernährung, Bewegung und Gewicht qualitativ erarbeitet.

Abbildung 1: Theoretischer Bezugsrahmen Definition von Gesundheitskompetenz



Diese Überlegungen zu den Entwicklungen in der Health Literacy Forschung sind direkt in die Definition der Forschungsfragen eingeflossen (siehe Kapitel 3.1).

3.1 Forschungsfragen

Basierend auf den Überlegungen aus Kapitel 3 beschäftigt sich die vorliegende Studie mit der Frage, warum unterschiedliche Menschen vor dem Hintergrund eines immer komplexer werdenden Umfeldes sich bezüglich Ernährung und Bewegung mehr oder weniger kompetent sind und sich allenfalls mehr oder weniger ihrer Gesundheit fördernd verhalten. Weiter interessiert, welche Faktoren einen mehr oder weniger kompetenten Umgang mit der eigenen Bedürftigkeit erklären können.

Die drei Forschungsfragen, welche dieser Studie zugrunde liegen sind in den folgenden drei Unterkapiteln aufgeführt und diskutiert.

3.1.1 Spezifische Komponenten von Gesundheitskompetenz?

Eine erste Forschungsfrage, welche den nächsten beiden Forschungsfragen übergeordnet ist, fragt nach möglichen Komponenten von Gesundheitskompetenz bezüglich der Gesundheitsbereiche Ernährung, Bewegung und Gewicht. Basierend auf den theoretischen Überlegungen (siehe Abbildung 1) soll erarbeitet werden, welche weiteren Komponenten von Gesundheitskompetenz spezifisch für die Gesundheitsbereiche Ernährung, Bewegung und Gewicht zum Tragen kommen könnten.

Forschungsfrage 1:

Gibt es spezifische Komponenten von Gesundheitskompetenz für die Bereiche Ernährung, Bewegung und Gewicht und was sind das für Komponenten?

3.1.2 Beschreibung von Gesundheitskompetenz?

Eine zweite Forschungsfrage fragt spezifischer nach Komponenten, welche Gesundheitskompetenz in Ernährung, Bewegung und Gewicht *beschreiben* könnten. Es hat sich während der Literatur Recherche gezeigt (siehe auch Abbildung 1), dass gewisse Komponenten von Gesundheitskompetenz eher helfen, eine Kompetenz genauer zu beschreiben (wie z.B. die Komponente Wissen), andere Komponenten jedoch eher einen Einfluss auf diese Komponente haben könnten (wie z.B. die Komponente Einstellung). Daher wird in der vorliegenden Untersuchung erforscht, ob weitere Komponenten von Gesundheitskompetenz bezüglich Ernährung, Bewegung und Gewicht als Wissen existieren, die helfen, Kompetenz genau zu beschreiben.

Forschungsfrage 2:

Wie kann jemand als gesundheitskompetent für die Bereiche Ernährung, Bewegung und Gewicht beschrieben werden?

3.1.3 Erklärung von Gesundheitskompetenz?

Der obigen Argumentation folgend fragt eine dritte Forschungsfrage nach den Komponenten, welche Gesundheitskompetenz bezüglich der Gesundheitsbereiche Ernährung, Bewegung und Gewicht erklären könnten.

Forschungsfrage 3:

Welche möglichen Komponenten erklären einen kompetenten Umgang mit Ernährung, Bewegung und Gewicht?

Die Beantwortung dieser drei Forschungsfragen, wobei die erste Forschungsfrage den anderen beiden als übergeordnet betrachtet werden kann, soll zu einem besseren und umfassenderen Verständnis von Gesundheitskompetenz in Ernährung, Bewegung und Gewicht führen.

Die Studie sowie die angewandte Methodik werden im folgenden Kapitel 3.2 kurz beschrieben und in Kapitel D ausführliche dargestellt werden.

3.2 Methodik

Zur Beantwortung der formulierten Forschungsfragen wurde eine qualitative Studie durchgeführt. Es wurden in der Deutschschweiz (50), im Tessin (25) und in der Romandie (25) insgesamt hundert (100) halbstrukturierte Interviews durchgeführt. Die Interviews wurden von sieben Interviewerinnen organisiert, welche für diese Arbeit sorgfältig geschult worden sind. Ein halbstrukturierter Interviewleitfaden diente als Forschungsinstrument. Der Leitfaden konzentrierte sich auf drei große Themenblöcke wie *Wissen*, *Verhalten* und *Informationsverhalten*, jeweils mit einem engen Bezug auf die drei Themenbereiche Ernährung, Bewegung und Gewicht.^{4,5} Die Stichprobe für die

4 Der halbstrukturierte Interviewleitfaden findet sich im Anhang.

5 Der halbstrukturierte Interviewleitfaden war das Resultat von unterschiedlichen Interessen. Hauptinteresse war die Beantwortung der dieser Dissertation zugrunde liegenden Forschungsfragen.

vorliegende Studie wurde mit dem Schneeballprinzip gebildet. Dieses Verfahren ist nicht unumstritten, was in Kapitel E noch ausführlicher diskutiert wird. Die Stichprobe setzt sich aus 55 Männern und 45 Frauen im Alter zwischen 18 und 75 Jahren zusammen, wobei der Hauptteil der Befragten zwischen 25 und 65 Jahre alt war.

Die Analyse erfolgte nach dem Prinzip der „Modified Grounded Theory“. Es wurden idealtypische Kategorien von Kompetenz in Ernährung, Bewegung und Gewicht sowie idealtypische Kategorien für die Erklärung dieser Kompetenz gebildet. Dieses Kategoriensystem (siehe Kapitel 15.2) basiert auf einer ausführlichen Aufarbeitung von zentralen Komponenten von Ernährung, Bewegung und Gewicht in sogenannten Mind Maps (siehe Kapitel 15.1).

3.3 Thematische Abgrenzung der Studie

Die vorliegende Studie setzt sich zum Ziel, mögliche Komponenten von Gesundheitskompetenz in Ernährung, Bewegung und Gewicht zu erarbeiten. Durch ihren explorativen Charakter kann sie *mögliche* Komponenten aufzeigen, diese jedoch nicht definitiv darlegen. Sie beschränkt sich auf die Gesundheitsbereiche Ernährung, Bewegung und Gewicht und erhebt keinen Anspruch auf die Untersuchung weiterer Gesundheitsbereiche. Die Studie basiert weiter auf einer fundierten Aufarbeitung der Literatur in der Health Literacy Forschung und stützt sich auf diese ab.

Weitere Forschungsbereiche, die möglicherweise auch einen Beitrag zu einem besseren Verständnis von Gesundheitskompetenz in Ernährung, Bewegung und Gewicht hätten leisten können, wurden für diese Studie bewusst nicht beigezogen. Dies hätte den Rahmen der vorliegenden Arbeit überspannt. Es sind dies hauptsächlich die Forschungszweige der Gesundheitswissenschaften sowie Bereiche aus der Medienforschung, wie z.B. die Thematik der Medienkompetenz. Mit

Weitere Interessen flossen durch den Auftraggeber der Studie sowie durch das Health Care Communication Laboratory ein.

Gesundheitswissenschaften⁶ definiert sich eine Begriffskombination, welche für eine neue Querschnittsdisziplin in der Gesundheitsforschung und im Gesundheitswesen eingeführt wurde. Die Gesundheitswissenschaften integrieren Modelle aus der Gesundheitssoziologie, der Gesundheitspsychologie sowie Theorien von Gesundheit und Krankheit zu einem interdisziplinär arbeitenden Fachgebiet. Dieses interdisziplinäre Fachgebiet kann im Rahmen dieser Dissertation nicht aufgearbeitet werden und würde auch nicht direkt für ein weiterführendes Verständnis von Gesundheitskompetenz auf einer individuellen Ebene beitragen. Eine Einführung in die wichtigsten Theorien und Modelle der Gesundheitswissenschaften findet der Leser im nächsten Kapitel 4. Dieses Kapitel dient dazu, dem Leser einen kurzen Überblick über die wichtigsten Theorien aus unterschiedlichen Teilen der Gesundheitswissenschaften zu geben um in einem abschließenden Teil der Dissertation (siehe Kapitel 19) noch einmal kurz auf zentrale Komponenten dieser Theorien zurückzukommen, welche im Zusammenhang mit einem besseren Verständnis von Gesundheitskompetenz in Ernährung, Bewegung und Gewicht relevant sein könnten.

Weiter, wie oben schon kurz angetönt, beschränkt sich die vorliegende Studie auf die Erarbeitung von Gesundheitskompetenz auf einer individuellen Ebene und schließt Public Health forschungsrelevante Diskussionen, welche im Rahmen von Gesundheitskompetenz immer wieder aufgeworfen werden, bewusst aus. Das heißt, die vorliegende Dissertation nimmt in der Diskussion der Resultate keinen Bezug auf die soeben kurz erläuterten Gesundheitswissenschaften, welche eine Public Health Perspektive auf die Themen Gesundheit und Krankheit – und in diesem Zusammenhang auch Gesundheitskompetenz – anwenden.

6 In der angloamerikanischen Tradition als Public Health benannt.

4 Gesundheitswissenschaften

Neben dem relativ neuen Ansatz der Gesundheitskompetenz zur Beschreibung wie zur Erklärung von Gesundheitsverhalten und Gesundheit existieren in der Gesundheitsforschung weitere Disziplinen von Gesundheit und Krankheit. Verschiedenste Theorien versuchen mit unterschiedlichen Ansätzen zu beschreiben und zu erklären, wieso sich Menschen mehr oder weniger gesundheitsfördernd verhalten, sich z.B. ungenügend bewegen oder ungesund ernähren. Diese Ansätze können unter dem Sammelbegriff von Public Health, den Gesundheitswissenschaften, zusammengefasst werden.

Public Health beschäftigt sich mit den Bedingungen für Gesundheit und den Ursachen von Krankheit, den Wechselwirkungen zwischen Menschen in ihrer natürlichen, technischen und sozialen Umwelt, der Gesundheitsförderung und Krankheitsbewältigung, den Leistungen des Gesundheitssystems und den Möglichkeiten, dieses politisch zu steuern, sowie mit der Evaluation und Qualitätssicherung dieses Systems. Aus Public Health kommen interdisziplinär orientierte Modelle, die sich an den Sozial- und Verhaltenswissenschaften, der Psychologie aber auch der Wirtschaftswissenschaften und der Epidemiologie orientieren. Es beschäftigen sich nicht nur Ärzte mit Gesundheitswissenschaften, sondern in einem weiteren Umfeld Soziologen und Psychologen, aber auch Architekten, Städteplaner, Wirtschafts- und Verkehrswissenschaftler und Politiker.

Die wichtigsten Disziplinen von Public Health sind die Epidemiologie, die gesundheitsbezogenen Teildisziplinen verschiedener Sozialwissenschaften, sowie die Gesundheitsökonomie. Weiter beschäftigt sich Public Health mit der Organisation von Gesundheitssystemen, wobei zur nachhaltigen Entwicklung des Gesundheitssystems laut Gutzwiller und Jeanneret (1996), Hurrelmann und Laaser (1998) und Schwartz (1998) epidemiologisch gestützte Bedarfsanalysen sowie Aussagen zum Funktionieren des Versorgungssystems und seiner Optimierung und Steuerung notwendig sind. In diesem

Sinne beschäftigt sich die Gesundheitsforschung mit unterschiedlichen *Strukturen*, *Prozessen* und *Ergebnissen* im Gesundheitssystem (Badura und Strodtholz, 1998).

Es soll an dieser Stelle ein Ausschnitt der wissenschaftlichen Ansätze zum Studium von Gesundheit und Krankheit aus der Soziologie und der Psychologie – also ein Teil der Public Health Forschungsfelder – gegeben werden. In einem ersten Schritt werden Theorien der Erklärungs- und Analyseebenen *Individuum* und *Interaktion* beschrieben, in einem zweiten Schritt wird eine *sozialstrukturelle Dimension* vorgestellt werden.⁷

4.1 Gesundheit in der Soziologie und Psychologie⁸

Verschiedene der vorgestellten Theorien werden in der Prävention und in der Gesundheitsförderung eingesetzt. Die Gesundheitsförderung, die sich dem Verstehen und der Entwicklung von handlungsrelevanten gesellschaftlichen Prozessen widmet, ist besonders an Theorien und Modellen, die zu einem besseren Verständnis von Methoden zur Befähigung von lebenslangem Lernen, gesundheitsgerechter Gestaltung von politischen Entscheidungen, gesundheitsbezogener Bildung sowie der Aneignung sozialer Kompetenzen beitragen, interessiert (Somaini, 2001).

4.1.1 Lern- und Persönlichkeitstheorien

Lern- und Persönlichkeitstheorien identifizieren innerindividuelle und psychische Faktoren, die Gesundheit beeinflussen. Es sind dies vor allem verhaltens- und

⁷ Es wird im Rahmen dieser Dissertation nur in einer beschreibenden Weise auf die epidemiologische Teildisziplin von Public Health eingegangen, speziell für die Thematiken Ernährung, Bewegung und Gewicht (siehe Kapitel B). Die Gesundheitsökonomie sowie die Organisation des Gesundheitssystems sind nicht Gegenstand der vorliegenden Dissertation und werden im Folgenden auch nicht behandelt werden.

⁸ Es wird nicht auf Interaktions- und Sozialstrukturtheorien eingegangen, welche hauptsächlich aus der soziologischen Tradition stammen (z.B. strukturfunktionalistische Theorie von Gesundheit und Krankheit, systemtheoretische Modelle von Gesundheit und Krankheit, interaktionstheoretische Modelle der Krankheitsentwicklung, Modelle konfliktreicher Handlungs- und Rollenerwartungen, Analysen zum Organisationscharakter von Versorgungseinrichtungen).

informationsorientierte Theorien, Theorien über Impulse für das Gesundheitsverhalten, Theorien über mehr oder weniger verletzbare Persönlichkeiten sowie Theorien über psychische Gesundheit. Über Lerntheorien lässt sich zum Beispiel besser verstehen und erklären, warum Menschen sich in einer bestimmten Weise ernähren, bewegen und sich mit ihren Alltagsanforderungen auseinandersetzen. Das Verhalten hängt tendenziell von inneren und äusseren Faktoren ab, die darüber entscheiden, wie relevante Informationen aufgenommen, interpretiert und bezüglich ihrer Relevanz eingeschätzt werden (siehe auch Ulrich, 1991). Neben einer behavioristischen Komponente können Lerntheorien dementsprechend auch informationsorientierte Komponenten aufweisen. Die kognitiv ausgerichteten Lerntheorien betrachten Menschen als aktive Informationsverarbeiter und Lernen als den Prozess der Auseinandersetzung mit der Umwelt. In den lerntheoretischen Positionen, die im Rahmen der vorliegenden Dissertation vorgestellt werden, wird versucht, *behavioristische* und *kognitivistische* Ansätze zusammenzuführen. In diesem Zusammenhang hat sich die *Theorie des sozialen Lernens* von Albert Bandura (1986) als wirksam erwiesen. Die Theorie verdeutlicht den Zusammenhang zwischen Menschen und ihrer Umwelt. Bandura bringt immer wieder das Beispiel eines Rauchers: Diesem wird es in einem Raum mit lauter Nichtraucher nicht wohl sein, denn es herrscht die informale Vorschrift, dass in diesem Raum nicht geraucht werden sollte. Der Raucher wird möglicherweise sein Verhalten ändern und dem sozialen Einfluss der Nichtraucher nachgeben. Diesen Prozess bezeichnet Bandura als das Prinzip des reziproken Determinismus, welches beschreibt, wie Verhalten und Umwelt in ständiger Interaktion miteinander stehen. Neben dieser Interaktion zwischen Verhalten und Umwelt definiert Bandura personale und kognitive Faktoren, die weitere wichtige Bestandteile der Gesamtheorie ausmachen. Die drei wichtigsten Faktoren sind: (1) Lernen durch Beobachtung, (2) Handlungsaussichten und (3) Eigenständigkeit.

Eng mit der Theorie des sozialen Lernen verbunden sind die Theorien von Fischbein und Ajzen (1975; Ajzen und Fischbein, 1980; Ajzen, 1985): Die *Theorie der Handlungsveranlassung* (theory of reasoned action) und die *Theorie des geplanten Verhaltens* (theory of planned behavior). Die *Theorie der gesundheitlichen Überzeugung*

von Strecher und Rosenstock (1997) lehnt sich ebenfalls an soziale Lerntheorien an. Diese Theorie ist eines der am längsten etablierten Modelle und besagt, dass die Wahrscheinlichkeit individuellen Handelns von der Interaktion von vier unterschiedlichen Formen der subjektiven Wahrnehmung abhängt. Wenn eine Person sich für ein bestimmtes Thema *empfindlich* einschätzt und denkt, dass dieses Thema ernsthafte *Folgen für die eigene Gesundheit* haben könnte, dann ergibt sich daraus eine wahrgenommene gesundheitliche Bedrohung. Wenn *Handlungsmöglichkeiten* und ein *erwarteter Nutzen* wahrgenommen werden, kann es zu einer Verhaltensänderung kommen. Ajzen (1975) hat aus der Theorie der Handlungsveranlassung die Theorie des geplanten Verhaltens entwickelt. Die Theorie basiert auf der Annahme, dass Menschen nicht willkürlich, sondern immer aus einer Absicht heraus handeln, wobei die Handlung in letzter Instanz von der Verhaltensabsicht ausgelöst wird. Das Modell basiert auf Elementen, die in ihrer Interaktion als Determinanten von Gesundheitsverhalten herangezogen werden können (Einstellung gegenüber dem Verhalten, subjektive Norm, wahrgenommene Verhaltenskontrolle, Verhaltensabsicht). Jemand beabsichtigt also wahrscheinlich, sich in einer bestimmten Weise zu verhalten, wenn er glaubt, dass es seiner Gesundheit etwas nützt, sozial wünschbar ist und er einen bestimmten sozialen Druck zur Verhaltensänderung erfährt.

Eine wieder andere Perspektive zur Verhaltensänderung liefern Prochaska und DiClemente (1984). Sie beschäftigten sich mit der Beschreibung und Erklärung von verschiedenen Stufen der Veränderung, die in den meisten Verhaltensänderungsprozessen tendenziell ähnlich sind. Sie schlagen das *Modell der Stadien der Verhaltensänderung* vor und basieren ihre Überlegungen auf der Annahme, dass die Verhaltensänderung ein Prozess und kein Ereignis ist. Jemand der eine Verhaltensänderung erfährt, durchläuft die folgenden Stadien: (1) Erstbeachtung, (2) Erwägung, (3) Entschluss oder Vorbereitung, (4) Handlung und (5) Beibehaltung.

Neben Theorien, die in einer relativ statischen Weise versuchen, Verhalten aufgrund von bestimmten, individuellen und sozialbedingten Variablen zu erklären, existieren unter

den Lerntheorien noch weitere Modelle, die sich mehr mit Persönlichkeitsstrukturen auseinandersetzen. Nennenswert ist die Konzeption von **Unverletzlichkeit**, die Werner und Smith in aufwendigen Untersuchungen (Untersuchung, die sich auf Kinder stützt, die in einem Zeitraum von über 20 Jahren wiederholt beobachtet wurden) herausgearbeitet haben (1982). Sie besagt, dass Risikofaktoren wie lang andauernde Armut, Entwicklungsverzögerungen und -Störungen etc. nicht zwangsläufig in negative Persönlichkeitsentwicklungen münden. Die Entwicklung einer gesunden Persönlichkeit ist nach Werner und Smith gerade durch schwierige Verhältnisse möglich, da durch Verletzlichkeit und ungünstige, passive Verarbeitungsstile die Persönlichkeit schlussendlich gestärkt wird.

4.1.2 Stress- und Bewältigungstheorien

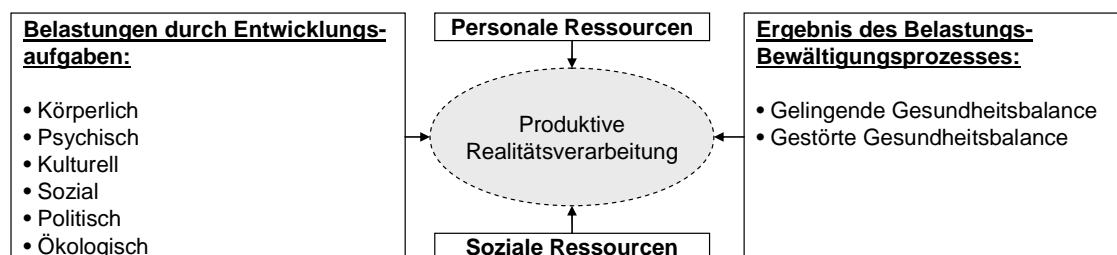
Stress- und Bewältigungstheorien beschäftigen sich mit der Frage, wie sich ein Mensch mit Anforderungen an die eigene Persönlichkeit auseinandersetzt und welche gesundheitlichen Folgen sich aus der Verarbeitung dieser Folgen ergeben. Die *transaktionale Stresstheorie* von Lazarus (1991 in: Hurrelmann, 2003) untersucht in diesem Zusammenhang die subjektive Einschätzung und Bewertung von belastenden Ereignissen. Ereignisse werden von verschiedenen Menschen unterschiedlich wahrgenommen, und die Schwere und Bedeutung eines externen Stimulus hängt von der individuellen Einschätzung und den psychologischen, sozialen und kulturellen Ressourcen ab, die jemandem zur Verarbeitung zur Verfügung stehen. Ein Individuum geht nach Lazarus durch zwei Einschätzungsprozesse bezüglich Stressoren: (1) Bedrohung des Stressors und (2) eigene Ressourcen zur Stressorenbewältigung. Es wird in mehreren Studien nachgewiesen, dass ein positiver Zusammenhang zwischen einer guten psychischen Verfassung und aktiver Stressbewältigung besteht (siehe z.B.: Marks et al., 1986; Taylor, 1992). Der amerikanisch-israelische Medizinsoziologe Aron Antonovsky argumentiert in eine ähnliche Richtung, indem er in seinem *salutogenetischen Modell* nicht fragt, was für Faktoren Menschen krank machen, sondern was es Menschen ermöglicht, trotz schwieriger Lebensumstände gesund zu sein und/oder zu bleiben (Antonovsky, 1987). Ein zentrales Element in seiner Forschung war

die Frage, nach welche Faktoren dazu beitragen, dass ein Mensch sich mehr Richtung Gesundheitspol hin bewegt. Er ging davon aus, dass es – analog zu Symptomen zur Identifikation von Krankheit – auch positive Indikatoren dafür geben muss, dass ein Mensch gesund bleibt oder es wieder wird. Als zentrales Element der Salutogenese erkennt Antonovsky das Kohärenzgefühl. Ausgangspunkt ist die Annahmen, dass der Gesundheits- beziehungsweise Krankheitszustand eines Menschen wesentlich durch eine individuelle, psychologische Einflussgröße bestimmt wird, durch die Grundhaltung des Individuums gegenüber der Welt und dem eigenen Leben. Von diesem Grundverständnis hängt ab, wie gut Menschen in der Lage sind, die ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen zum Erhalt ihrer Gesundheit zu nutzen. Nach Antonovsky setzt sich diese Grundhaltung, die Welt zusammenhängend und sinnvoll zu erleben, aus drei Elementen zusammen: (1) Dem Gefühl von Verständnis, (2) dem Gefühl der Handhabbarkeit und der Bewältigbarkeit und (3) dem Gefühl von Sinnhaftigkeit beziehungsweise Bedeutsamkeit. Ein stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl führt dazu, dass ein Mensch flexibel auf Anforderungen und ständige Stressoren des Lebens reagieren kann. Kohärenz ist kein Rezept, wie man mit Belastungen umgeht, aber als eine Eigenschaft ermöglicht sie, im Leben die Strategien anzuwenden, die man braucht, um den Ansprüchen des Lebens gerecht zu werden. Antonovsky hat zu dieser Überlegung den Begriff der *resilience* (= englisch: Elastizität, Spannkraft) eingeführt. Mit *Resilienz* wird in der Psychologie die psychische und physische Stärke bezeichnet, die es Menschen ermöglicht, Lebenskrisen ohne langfristige Beeinträchtigungen zu meistern – oder: trotz schwierigen Umstände gesund zu sein. Mit der salutogenen Sichtweise wird Gesundheit tief im Individuum und in seinem sozialen Umfeld verankert. Denn *Resilienz* besitzt man nicht einfach, sie entwickelt sich im Laufe des Lebens einer Person und wird durch gesammelte Erfahrungen und Erlebnisse beeinflusst. Die Herausbildung dieser Stärke zur Bewältigung von Lebenskrisen hängt nach Antonovsky stark von den gesellschaftlichen Gegebenheiten ab, insbesondere der Verfügbarkeit von Widerstandsressourcen. Dies sind sowohl individuelle (körperliche Faktoren, Intelligenz, Bewältigungsstrategien) als auch soziale Faktoren (soziale Unterstützung, finanzielle Möglichkeiten), die als Ressourcen die Widerstandsfähigkeit einer Person erhöhen.

4.1.3 Sozialisationstheorien

Sozialisationstheorien integrieren Elemente der beiden bisher vorgestellten Forschungsrichtungen (Lerntheorien und Stresstheorien), indem sie ihren Schwerpunkt auf die Verbindung zwischen Persönlichkeitsentwicklung und der Gesundheit im gesamten Lebenslauf legen. Sich an dem salutogenetischen Modell anlehnd, liegt ihnen die Annahme zu Grunde, dass gesellschaftliche und natürliche Bedingungen wie auch Personenmerkmale gemeinsam die Persönlichkeitsbildung einer Person in ihrem Leben beeinflussen. Hurrelmann nimmt in seinem Modell der produktiven Realitätsverarbeitung diese Überlegungen auf. Er sieht die Persönlichkeit als das einen „[...] Menschen charakterisierende Gefüge von Merkmalen, Eigenschaften, Einstellungen, Fertigkeiten und Handlungskompetenzen, das sich auf der Grundlage der biologischen und psychischen Ausstattung als Ergebnis der Bewältigung von Lebensaufgaben ergibt“ (Hurrelmann, 2003: 61). Das wegweisende Modell der Sozialisationstheorien ist das der *produktiven Realitätsverarbeitung* (Hurrelmann, 1989 in: Hurrelmann, 2003).

Abbildung 2: Sozialisationstheoretisches Modell der Belastungs-Bewältigungsprozesse



(nach Hurrelmann, 1989: 96 in: Hurrelmann, 2003)

4.2 Gesundheit und Gesundheitskommunikation

Als weiteres, wichtiges Teilgebiet der Gesundheitswissenschaften hat sich seit den 70er Jahren die Gesundheitskommunikation etabliert (Ratzan, 1996; Kline, 2006). Laut Atkin und Wallack (1990) hat die Gesundheitskommunikation über die letzten Jahrzehnte vor allem in den USA eine zunehmende Beachtung gefunden. Es soll an dieser Stelle eine

Übersicht über die moderne Gesundheitskommunikation gegeben werden: Sie interessiert in dem Sinne, als dass sie in ihren unterschiedlichen Ausprägungen als spezifisches Element zur Erklärung, Beeinflussung und gezielten Förderung von Gesundheitskompetenz beigezogen werden kann (siehe auch Kapitel C oder Kapitel E). Die Kommunikationsforschung spielt in den Gesundheitswissenschaften durch ihre enge Verbindung mit anderen Disziplinen (siehe Ansätze aus Kapitel A-4) eine zentrale Rolle.

Hurrelmann und Leppin (2001) geben in ihrem Buch „Moderne Gesundheitskommunikation“ eine Einführung in die Thematik und beschreiben nach Jazbinsek (2000) die Entwicklung der Gesundheitskommunikation in den USA. Während sich in den 70er Jahren die Gesundheitskommunikation als eigenständiges Gebiet von Public Health etablierte, konzentrierte sie sich hauptsächlich auf die Arzt-Patienten Interaktion, auf die Rolle von öffentlichen Kampagnen zur Beeinflussung des Gesundheitsverhaltens von unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen und auf die schulische Gesundheitserziehung. In den folgenden Jahren kamen Fragen über die Nutzung und Wirkung der medialen Kommunikation sowie über den gezielten Einbezug der Massenmedien in die Strategien der Gesundheitsförderung hinzu. Die 90er Jahre charakterisierten sich durch eine Weiterentwicklung der Bereiche Massenmedien und Gesundheit und die Gesundheitskommunikation wurde vermehrt als ein wichtiger Bestandteil der öffentlichen Gesundheitspolitik verstanden.

Nach Kreps (Kreps et al., 1998) deckt die Gesundheitskommunikation ein breites Forschungsfeld ab, unter welchem unterschiedlichste Formen der Kommunikation über Gesundheit und Krankheit zusammengefasst werden. Diese Kommunikation kann über unterschiedliche Kommunikationskanäle und in verschiedenen sozialen Kontexten stattfinden. Laut Jackson und Duffy (1998) führt der Begriff der Gesundheitskommunikation zwei interdisziplinäre Forschungsfelder – die *Gesundheits-* und die *Kommunikationswissenschaften* – zusammen. Da sich das Gebiet der Gesundheitskommunikation aus einer starken Praxisorientierung heraus entwickelt hat (Hurrelmann und Leppin, 2001), fehlt es jedoch bis heute an allgemein anerkannten,

theoretischen und methodologischen Positionen sowie an Grundlagenforschung (Signitzer, 2001). Aus diesen Gründen schlagen Hurrelmann und Leppin lediglich eine Arbeitsdefinition von Gesundheitskommunikation vor: *„Gesundheitskommunikation bezeichnet die Vermittlung und den Austausch von Wissen, Meinungen und Gefühlen zwischen Menschen, die als professionelle Dienstleister, Patienten/Klienten in den gesundheitlichen Versorgungsprozess einbezogen sind und/oder als Bürgerinnen und Bürger an Fragen von Gesundheit und Krankheit und öffentlicher Gesundheitspolitik interessiert sind. Dieser Austausch kann direkt-personal [...], in einer Interaktion unter Experten oder durch die Medien erfolgen [...]"* (Hurrelmann und Leppin, 2001).

Die direkte, personale Kommunikation – eines der laut Duggan (2006) wichtigsten Elemente der Gesundheitskommunikation – beschäftigt sich hauptsächlich mit der Interaktion zwischen Fachpersonal und Patienten/Konsumenten. Der Rahmen dieser Kommunikation gleicht meistens der therapeutischen Kommunikation (Thompson, 2001). Die direkte, personale Kommunikation zwischen Experte und Patient/Konsument verlief in ihren Anfängen nach einem *autoritativen* Modell, wonach der Arzt Anweisungen verfasste, der Patient diese befolgte. Im Zuge der Demokratisierung unserer Gesellschaft übernahm und übernimmt der Nutzer des Gesundheitssystems immer mehr Verantwortung und die direkte, personale Kommunikation folgt immer mehr einem *partizipativen* Muster, nach welchem der Patient ein Partner des Arztes ist und eine auf einem gegenseitigen Einverständnis basierende Beratung stattfindet.

Neue Krankheitsbilder beeinflussen das Verhältnis zwischen Arzt und Patient in der direkten, personalen Kommunikation ebenfalls. Bei chronischen Krankheiten zum Beispiel kann es zu partnerschaftlichen Verhältnissen zwischen Arzt und Patient kommen, da ein häufiger und sich über längere Zeit ausdehnender Kontakt nötig wird. Weiter machen Hurrelmann und Leppin (2001) darauf aufmerksam, dass speziell die Risikokommunikation in der direkten, personalen Gesundheitskommunikation eine wichtige Rolle einnimmt.

Neben der interpersonellen Kommunikation (speziell die Arzt-Patienten Kommunikation, die sich immer mehr zu einer Arzt-Patienten Kooperation gewandelt hat), spielt auch die Massenkommunikation von Gesundheits- und Krankheitsinformationen eine wichtige Rolle. Es geht dabei um die Vermittlung von Wissen und gesundheitsbezogenen Informationen an breite Bevölkerungsgruppen durch die Massenmedien (Hurrelmann und Leppin, 2001). Laut Göpfert (2001) konzentriert sich die Gesundheitskommunikation über die Massenmedien hauptsächlich auf die primärpräventive Verbesserung des Gesundheitsverhaltens sowie auf die Stärkung des selbstverantwortlichen Umgangs mit der eigenen Gesundheit. Neben den traditionellen Medien (Presse, Fernsehen oder Radio) wird auch zunehmend das Internet zu den Massenmedien gezählt, welches neue Arten der Gesundheitskommunikation erlaubt. Im Rahmen der maßmedialen Kommunikation ist auch der Begriff des sozialen Marketings zu nennen, welches die Beeinflussung des Gesundheitsverhaltens der Bevölkerung nach den Spielregeln der kommerziellen Verbreitung von Produkten und Dienstleistungen anstrebt, wobei der Nutzen des sozialen Marketings nicht der Profit, sondern ein „gemeinnütziger“ Wert ist (McDermott, 2001; Kotler et al., 2002). Soziales Marketing soll Zielpopulationen und/oder der Gesellschaft direkt nützen und nicht nur einem Anbieter eines Produkts oder einer Dienstleistung zu Gute kommen (Nutbeam und Harris, 2001). Speziell die Erkenntnisse aus dem sozialen Marketing verdeutlichen die Wichtigkeit der Kenntnisse über unterschiedliche Zielgruppen im Kommunikationsprozess. Laut Backer (Backer et al., 1992) oder Maibach und Parrott (1995) spielen neben den Charakteristiken von Zielgruppen wie Bildung und Wissen auch Einstellungen, Werte oder Erwartungen eine entscheidende Rolle für die Aufnahmebereitschaft und das Verarbeitungsvermögen von gesundheitsbezogenen Informationen. Diese Erkenntnis ist speziell für die vorliegende Dissertation interessant, denn es wird angenommen, dass Menschen mit unterschiedlicher Gesundheitskompetenz Gesundheitsinformationen unterschiedlich aufnehmen und verarbeiten. Es ist also weiter anzunehmen, dass zum Beispiel Wissen oder das Beurteilungsvermögen von Gesundheitsinformationen zentrale Komponenten von Gesundheitskompetenz sind.

Die maßmediale Kommunikation hätte grundsätzlich das Potential, breite Bevölkerungsgruppen zu erreichen und es liegt nahe, die Medien als *Leitquellen* der Gesundheitskommunikation zu sehen. Allerdings zeigen verschiedenste Studien aus der Medienwirkungsforschung, dass Medien, z.B. das Fernsehen, Einstellungen oder gar gesundheitsbezogenes Verhalten nicht beeinflussen (Göpfert, 2001, Jazbinsek, 2001; Noar, 2006) können. Die Medien nehmen lediglich eine *Thematisierungsfunktion* wahr (siehe auch „Agenda Setting“ (Jazbinsek, 2001)), wobei selbst dieser Einfluss begrenzt sein kann. Kommt hinzu, dass die Themenauswahl der Medien oftmals nicht unabhängig verläuft (Signorelli, 1993; Wessler, 1995; Glik, 2001) oder dass ein komplexer – wissenschaftlicher – Sachverhalt nicht adäquat kommuniziert wird (Glick, 2001; Haerle, 2001). Eine Studie zu Ernährungsinformationen im Fernsehen (Rössler und Willhöft, 2004) zeigt zum Beispiel, dass die Darstellung von ernährungsrelevanten Informationen im Fernsehen nicht mit den Empfehlungen des „Soll-Ernährungskreises“ der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (siehe online: www.dge.de) übereinstimmt. Während Kohlenhydraten, Gemüse, Obst und Milchprodukten zu wenig Aufmerksamkeit in den Medien geschenkt wird, werden Wurstwaren, Fisch und Eier, Fette und Öle, Süßes und Alkohol proportional übermäßig dargestellt und gar beworben.

5 Die Struktur der Dissertationsschrift

Die obigen Ausführungen verdeutlichten, dass ein Individuum in einem immer komplexer werdenden Gesundheitsumfeld, durch ein gesteigertes Interesse an den Themen Ernährung, Bewegung und Gewicht – in einer Problem- oder Förderungsperspektive – sowie durch immer mehr Gesundheitsinformationen zum Thema spezifische Kompetenzen braucht, um sich der Gesundheit fördernd zu verhalten. Wie kompetent jemand mit der eigenen Bedürftigkeit umgeht, hängt demnach von einer Vielzahl von Komponenten ab, welche in der vorliegenden Dissertation erarbeitet werden (siehe dazu speziell Kapitel D: Gesundheitskompetenz in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Gewicht).

Die nächsten vier Kapitel werden den Leser noch einmal detailliert durch die oben beschriebenen Thematiken führen und ausgesuchte Aspekte vertiefen.

Ein erstes Kapitel (siehe Kapitel B) wird auf die Problematiken Gewicht-Übergewicht eingehen und beleuchten, wie diese in einem Zusammenhang mit Ernährung und Bewegung stehen. Das Kapitel wird die Problemperspektive von Ernährung, Bewegung und Gewicht nochmals aufnehmen und an ausgesuchten Beispielen eine epidemiologische Übersicht zur Übergewichtsproblematik weltweit geben. Es wird zusammenfassend dargestellt werden, wie ungenügende Bewegung und ungesunde Ernährung maßgeblich für die Zunahme an Körpergewicht – und den damit verbundenen Folgekrankheiten – verantwortlich sind. In einem zweiten Teil von Kapitel B wird anhand von Studien aufgearbeitet, wie sich die Menschen *in der Schweiz* ernähren, wie sie sich bewegen und wie es um die Übergewichtsproblematik in der Schweiz steht.

Ein zweites Kapitel (siehe Kapitel C) wird auf die Förderungsperspektive im Zusammenhang mit Ernährung, Bewegung und Gewicht eingehen und eine Übersicht zum derzeitigen Stand der Health Literacy Forschung geben. Es werden Entwicklungen in der Definition von Gesundheitskompetenz aufgezeigt sowie Informationen zu Messungen und zur Förderung von Gesundheitskompetenz aufgearbeitet werden.

Kapitel D wird die im Rahmen der vorliegenden Dissertation durchgeführte empirische Studie beschreiben. Die Resultate der qualitativen Untersuchung, welche mit dem Ziel einer Aufarbeitung von Gesundheitskompetenz in Ernährung, Bewegung und Gewicht durchgeführt wurde, sind in 3 Teile unterteilt. Ein erster Teil befasst sich mit dem während der Datenerhebung verwendeten Instrument (halbstrukturierte Interviews) und diskutiert einen Teil der gestellten Fragen bezüglich ihrer Relevanz für weitere Health Literacy Befragungen. Teil zwei befasst sich vertieft mit den Konzepten Ernährung, Bewegung und Gewicht und erarbeitet, was die Befragten im Rahmen der Studie mit den Themen Ernährung, Bewegung und Gewicht verbinden. Teil 3 arbeitet Gesundheitskompetenz für die Bereiche Ernährung, Bewegung und Gewicht auf.

Das letzte Kapitel (siehe Kapitel E) diskutiert die Resultate der qualitativen Studie. Es wird noch einmal vertieft auf die in der Einführung gestellten Forschungsfragen eingegangen und diese werden mit den in der qualitativen Studie erarbeiteten Resultaten – sowie aufgrund von theoretischen Überlegungen zu Gesundheitskompetenz (siehe Kickbusch und Maag, 2005; Kickbusch et al., 2005) – beantwortet. Die sich während der Analyse als interessant zeigenden Aspekte werden vertieft diskutiert. Weiter wird das Thema der Gesundheitskompetenz nochmals aufgenommen und evaluiert, inwiefern die Resultate der vorliegenden Studie einen Beitrag zur Health Literacy Forschung im Sinne der Definition, Messung und Förderung von Gesundheitskompetenz leisten. Ein letzter Diskussionsteil beschäftigt sich mit der Frage, ob die Resultate der qualitativen Studie helfen, die sich stellenden Problematiken (siehe Kapitel B) im Zusammenhang mit Ernährung, Bewegung und Gewicht in der Schweiz anzugehen. Die Diskussion wird einen Teil der oben eingeführten Theorien der Gesundheitswissenschaften nochmals aufnehmen und zeigen, wie Gesundheitskompetenz als ein neuer Ansatz in der Gesundheitsförderung angewendet werden könnte.

B – Ernährung, Bewegung und Gewicht

Das vorliegende Kapitel wird einen epidemiologischen Überblick über die in dieser Dissertation behandelten Gesundheitsthemen Ernährung, Bewegung und Gewicht geben. Es zeigt zuerst eine internationale Perspektive auf, welche dem Leser das Ausmaß der Prävalenz von Übergewicht in Industrienationen näher bringt und Anhaltspunkte über die diesem Problem zugrunde liegenden Ursachen, wie z.B. falsche Ernährung und mangelnde Bewegung, beleuchtet. Das Ziel dieses ersten Teils ist keine vollständige Rekonstruktion der Problematik. Eine Auswahl an spezifischen Daten aus ausgesuchten europäischen Ländern, den USA und Kanada will lediglich verdeutlichen, dass Defizite in der Ernährung und in der Bewegung bestehen und dass sich – unter anderem – durch diese suboptimalen Verhaltensweisen, die Übergewichtsproblematik intensiviert.

In einem zweiten Teil werden die Ernährungs- und Bewegungssituation und die damit verbundene Übergewichtsproblematik für die *Schweiz* detailliert dargestellt. Es ist darauf hinzuweisen, dass das Ziel der vorliegenden Dissertation die Konzentration auf die Gesundheitsbereiche *Ernährung, Bewegung und Gewicht in der Schweiz* ist. So werden Daten vorgestellt, die sich mit einem dieser drei Themen beschäftigen, auch wenn der Autorin nicht entgangen ist, dass die Übergewichtsproblematik ebenso von anderen Faktoren (sozialen, ökonomischen, etc.) als nur Ernährung und Bewegung abhängt und dass diese unterschiedlichen Faktoren in einem komplexen Zusammenhang miteinander stehen.

6 Ernährung, Bewegung und Gewicht: Eine internationale Perspektive

Weltweit nehmen nach Berichten der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2005b) chronische Krankheiten, die vor allem auf eine ungesunde Ernährung und ungenügend körperliche Bewegung zurückzuführen sind, zu. Jährlich sterben 7,1 Millionen Menschen an Krebs (12,5% der gesamten Todesfälle weltweit), wobei eine schlechte Ernährung in den Industrienationen für bis zu 30% der Todesfälle an Krebs verantwortlich ist. Laut Berechnungen der WHO und der FAO (Food and Agriculture Organization of the United Nations), welche im Jahre 2003 ein gemeinsames Programm zur Förderung des Früchte- und Gemüsekonsums aufgenommen haben, könnten rund 2,7

Millionen Leben jährlich gerettet werden, würden alle genügend Früchte und Gemüse zu sich nehmen (FAO/WHO, 2004). Weltweit sind ein ungenügender Früchte- und Gemüsekonsum für ca. 19% der Magen-Darmkrebs Erkrankungen, 31% der ischaemischen Hirninfarkte und 11% der Herzinfarkte verantwortlich (FAO/WHO, 2004).

16,7 Millionen Menschen sterben jährlich weltweit an den Folgen von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, welche durch eine gesunde Ernährung und genügend körperliche Bewegung verhindert werden könnten. Generell chronische Krankheiten sind für 57 Millionen Todesfälle jährlich verantwortlich oder machen 46% der gesamten Krankheitslast weltweit aus. In der Schweiz mahnt z.B. der Aktionsplan Ernährung und Gesundheit, dass jährlich 42'000 Lebensjahre alleine wegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen vor dem 70sten Lebensjahr verloren gehen. Bei Krebs sind es gar 73'000 frühzeitig verlorene Lebensjahre (Bundesamt für Gesundheit, 2001). Diabetes breitet sich weiter aus. Die WHO sagt voraus, dass bis ins Jahr 2030 bis zu 340 Millionen Menschen an Diabetes erkranken werden. Übergewicht ist ein Hauptrisikofaktor für diese Zunahme von chronischen Krankheiten.

Von Übergewicht wird geläufig dann gesprochen, wenn der wichtigste Parameter zur Klassifikation von Übergewicht, der Body Mass Index, einen bestimmten Wert übersteigt. Der Body Mass Index errechnet sich aus dem Körpergewicht und der Größe einer Person ($BMI = \text{Körpergewicht (kg)} / \text{Größe (m}^2\text{)}$).

Tabelle 1: Body Mass Index

BMI	Bedeutung
< 18.5	Untergewicht
18.5-25	Normalgewicht
25-30	Übergewicht
> 30	Starkes Übergewicht

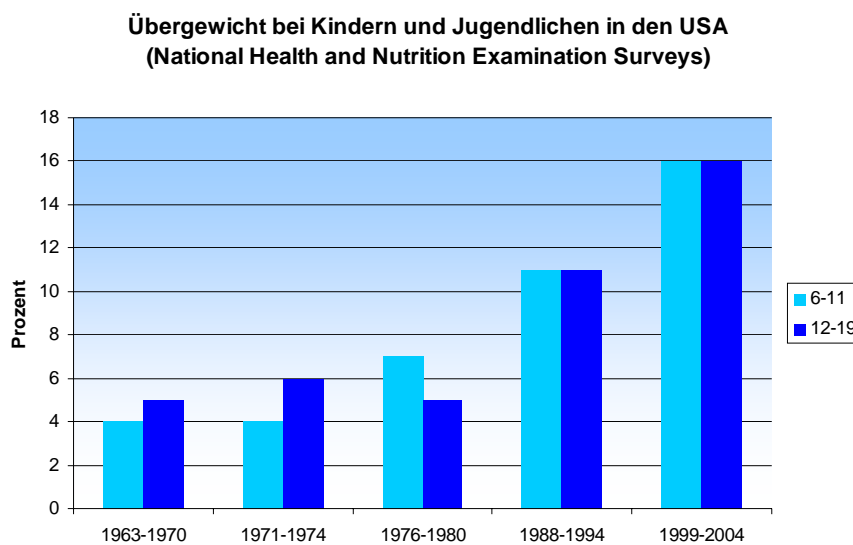
(WHO Klassifizierung 1998, basierend auf IOTF, 1997)

Die oben aufgeführte WHO Klassifizierung verschiedener BMI ermöglicht nationale und internationale Vergleiche. Typische Vergleiche, die in Studien immer wieder gezogen werden, sind Zusammenhänge zwischen BMI und Mortalität (Eichholzer, 2005). Übergewicht wird aber auch mit Morbidität in Verbindung gebracht. Typ II Diabetes mellitus, Herzkreislauf und andere Erkrankungen stehen in einem direkten Zusammenhang mit Übergewicht. Lean oder Keller (Lean, 2000; Keller, 2002) weisen auf Komorbiditäten bei Übergewicht und speziell Adipositas hin: Dyspnoe, Hypertonie, Sodbrennen, Hyperlipidämie, falscher Gebrauch von Nikotin, Kopfschmerzen, Ödeme, Depression, Gallensteine, Gicht und Ekzeme. Risiken für verschiedene Krankheiten und einen frühzeitigen Tod steigen mit zunehmendem BMI. Risikoeinschätzungen basieren auf statistischen Berechnungen und können deshalb in der Realität bei verschiedenen Personen variieren. Generell kann jedoch gesagt werden, dass eine Gewichtsreduktion bis zu einem BMI von 18.5-25 eine Senkung von Gesundheitsrisiken mit sich zieht (Mannhart und Mäder, 2003).

Übergewicht und Adipositas sind in weiten Teilen der Industrieländer weit verbreitet. Weltweit sind 1 Milliarde Menschen übergewichtig, 300'000 von ihnen sogar klinisch adipös (WHO, 2005b; WHO, 2005c). Daten aus der WHO MONICA Studie (**MONI**toring of trends and determinants in **CARDIO**vascular diseases study), welche die Prävalenz von Übergewicht weltweit untersuchte, zeigen, dass z.B. die Übergewichtsrate in Europa in den letzten zehn Jahren kontinuierlich zugenommen hat (10-20% bei Männern und 10-25% bei Frauen) (WHO, 2000b). Die größte Zunahme an Übergewichtigen konnte in Europa in Großbritannien beobachtet werden, wo mehr als zwei Drittel der Männer und mehr als die Hälfte der Frauen übergewichtig sind (Ruston et al., 2004). Es sind aber nicht nur Erwachsene in Industriestaaten, sondern auch die Bevölkerung in Entwicklungsländern oder Kinder und Jugendliche, welche von Übergewicht und Adipositas betroffen sind. Zwischen 1995 und 2002 hat sich die Rate an übergewichtigen Jungen in Großbritannien verdoppelt (von 2,9% auf 5,7%) und ist bei den Mädchen von 4,9% auf 7,8% gestiegen (Sproston und Primetesta, 2002). Auch in den USA stieg die Prävalenz von übergewichtigen Kindern und Jugendlichen seit 1963

stetig an (NHANES, 2002). Trotz verschiedenster Präventionsmaßnahmen bei Erwachsenen sowie bei Kindern und Jugendlichen ist die Tendenz auch in Europa steigend (Eichholzer, 2005).

Abbildung 3: Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen in den USA



Übergewicht ist zunehmend eine Krankheit mit erheblichem gesundheitsökonomischem Potential. Verschiedenste Studien zeigen, dass je nach Erhebungsverfahren und Analysemethoden 2-7% der nationalen „Gesundheits“-ausgaben für Übergewicht und die damit verbundenen Folgekrankheiten aufgewendet werden müssen (WHO, 2000b). In Frankreich werden die direkten Kosten für Folgekrankheiten von Übergewicht (inklusive Kosten für die persönliche Pflege, Krankenhausaufenthalte, Arztbesuche und Medikamenteneinnahme im Zusammenhang mit Übergewicht) auf 2% der Gesamtausgaben für Gesundheit geschätzt (Levy, 1995). In den Niederlanden wird dieser Prozentsatz auf 3-4% geschätzt (Seidell und Deerenberg, 1994). England schätzt, dass Übergewicht für 18 Millionen Tage Krankheit im Jahr und 30'000 Todesfälle im Jahr verantwortlich ist. Das sind im Durchschnitt 40'000 verlorene Arbeitsjahre und ein um 9 Jahre kürzeres Leben (National Audit Office, 2001). Allison (Allison et al., 1999)

berechnete für die USA Übergewichtskosten von 5,7% der gesamten Gesundheitskosten, gleicht diesen Prozentsatz aber nach der Berücksichtigung von den durch Übergewicht verursachten Todesfälle auf höchstens 4,3% an. Für das Jahr 1986 berechnete Colditz (1992) die direkten Kosten von Übergewicht in den USA auf 39,3 Milliarden oder 5,5% der gesamten Ausgaben für Gesundheit. Die Gesamtkosten der Adipositas werden für den Fall der Schweiz von der *Infostelle für Adipositas* auf rund 3,9 Milliarden Franken pro Jahr geschätzt, wobei das heutige Gesundheitswesen mit 2,3 Milliarden Franken belastet sein soll (Schneider und Schmid, 2004).

Die USA sind gemessen am Body Mass Index zurzeit das Land mit der höchsten Rate an Übergewichtigen. In den USA stieg die Rate von Übergewichtigen (BMI > 25) von 47% im Jahre 1999 auf 65% im Jahr 2002 (CDC, 2005). Die Anzahl der adipösen Personen (20-74 Jahre) hat sich über die Zeitspanne von 1999 bis 2002 von 15% auf 31% verdoppelt (CDC, 2005). Chronische Krankheiten als eine Folge von Übergewicht zählten mit 5 von 6 zu den häufigsten Todesursachen im Jahre 2002 (CDC, 2005). Laut dem *National Center for Chronic Disease Prevention* der *Centers for Disease Control and Prevention* sind es ungenügende Bewegung und mangelnder Früchte- und Gemüsekonsum, welche zum Anstieg der Übergewichtsproblematik und der damit verbundenen chronischen Krankheiten beitragen.

Mangelnde körperliche Bewegung einzeln betrachtet steht in Industrienationen an zweiter bis sechster Stelle der maßgeblichen Risikofaktoren für nicht-übertragbare Krankheiten (Powell und Blair, 1994; WHO, 2002b; WHO, 2005c). Laut dem Welt Gesundheitsbericht 2002 (WHO, 2002a) ist mangelnde Bewegung für 3% der Krankheiten in Industrienationen verantwortlich. Verschiedenste Experten machen zunehmend darauf aufmerksam, dass der Bewegungsmangel bislang deutlich unterschätzt wurde (Bauman und Craig, 2005; Lamprecht und Stamm, 2005) obwohl erste Daten über den Risikofaktor Bewegungsmangel schon in den 50er und 60er Jahren vorhanden waren (Morris und Heady, 1953; Paffenbarger und Hale, 1975; Powell et al., 1987) und die vielfältige und große Bedeutung von regelmäßiger Bewegung und

körperlicher Aktivität für die Gesundheit seit der Mitte der 90er Jahre dokumentiert ist. Eine regelmäßige körperliche Aktivität erhöht die Lebenserwartung (Kujala et al. 1998; Wei et al., 1999) und schützt den Körper vor vielen Krankheiten wie z.B. Osteoporose, koronaren Herzkrankheiten und überhöhten Cholesterinwerten (Haapanen et al., 1996; Kaplan et al., 1996). Weiter verbessert sportliche Betätigung die Beweglichkeit und das generelle Wohlbefinden (USDHHS und CDC, 1996). Dies sind nur einige konkrete Beispiele der Vorteile regelmäßiger körperlicher Betätigung, welche neben sozialen Aspekten – soziale Integration, Gesellschaft – und gesteigertem psychischen Wohlbefinden zum Tragen kommen (siehe auch: Blech, 2006).

In verschiedenen Berichten der WHO liegt vor, dass vorzeitige Mortalität und Morbidität nicht nur durch mangelnde Bewegung, sondern auch durch falsche Ernährungsgewohnheiten begünstigt werden (WHO, 2000a; WHO, 2002b; WHO, 2003; FAO/WHO, 2004). Die Zusammenhänge zwischen Ernährung und Gesundheit sind komplex. Aus den Schweizer Ernährungsbefragungen 1992-2002 geht z.B. hervor, dass ein direkter Zusammenhang zwischen dem Ernährungsverhalten und den so genannten Zivilisationskrankheiten wie Übergewicht, Diabetes, Herzkreislauf Erkrankungen und Krebs besteht. Diese Krankheiten nehmen mit falschem Ernährungsverhalten zu. Das Problem besteht mitunter darin, dass zum Beispiel in der Schweiz im Durchschnitt mit ca. 38% zu viel der Nahrungsenergie in Form von Fett zugeführt wird. Neben den geläufigen Risikofaktoren in der Ernährung wie zu hoher Fettkonsum, spielen auch andere Faktoren wie die Aufnahme – oder der Mangel in der Aufnahme – von lebenswichtigen Nährstoffen eine zentrale Rolle (Eichholzer et al., 2005). In diesem Zusammenhang ist die Special Eurobarometer 238 Studie, welche von der Europäischen Generaldirektion für Gesundheit und Konsumentenschutz und der Europäischen Kommission für Lebensmittelgesundheit in Auftrag gegeben wurde, interessant. Sie hat erarbeitet, wie Europäerinnen und Europäer Risiken, die sie im Zusammenhang mit Ernährung sehen, einschätzen. Es scheint, dass die Befragten Ernährung spontan mit Geschmack (31%), Vergnügen/Genuss (29%) und Hunger (27%) in Verbindung bringen.

Die Gesundheit steht mit 19% an vierter Stelle. Qualität (42%) und Preis (40%) sind die Hauptkriterien beim Einkauf von Nahrungsmitteln (Europäische Kommission, 2005).

Die Thematiken Ernährung, Bewegung und Gewicht sind in den letzten Jahren vermehrt von verschiedenen nationalen, europäischen und internationalen Organisationen aufgegriffen worden. Die große präventive Wirkung einer gesunden Ernährung und regelmäßiger Bewegung hat die WHO (WHO, 2005a) dazu ermuntert, eine Policy⁹ für Ernährung, Bewegung und Gesundheit zu formulieren. Die Förderung von Gesundheit durch eine ausgewogene Ernährung und genügend Bewegung stehen im Zentrum dieser Strategie. Ruth Bonita (*Director Surveillance bei der WHO*) rief an der Nationalen Gesundheitsförderungskonferenz 2005 in Bern (Schweiz) Mitgliederstaaten, nicht staatliche Organisationen und den Privatsektor dazu auf, die WHO Strategie zu gesunder Ernährung (zusammen mit Bewegung) in die nationalen Gesundheitsstrategien aufzunehmen.

Empfehlungen für Mitgliederstaaten:

- (1) Integration der globalen Strategie (*WHO strategy on diet, physical activity and health*) in existierende Pläne und Programme.
- (2) Entwicklung von nationalen Strategien und Richtlinien.
- (3) Integration von Gesundheitswerbung, Prävention und *Monitoring* bei Leistungserbringern.
- (4) Priorisierung der Überwachung.
- (5) Koordination zwischen Schulpolitik und Gesundheitspolitik.
- (6) Entwicklung von Grundsätzen für Vermarktung von Esswaren, vor allem bei der Werbung für Kinder, *Labeling*.

⁹ Die am 22. Mai 2005 angenommene WHO Resolution 57.17 ruft Mitgliederländer auf, Erkenntnisse auf dem Gebiet der Ernährung, der Bewegung und der Gesundheit zu benutzen, um eine auf die nationalen Bedürfnisse abgestimmte Strategie zur Umsetzung zu entwickeln.

Empfehlungen für nicht staatliche Organisationen:

- (1) Gesunde Ernährung und physische Aktivität *promoten*.
- (2) Netzwerke schaffen, um gesunde Ernährung verfügbar zu machen.
- (3) Den Staat in der Promotion von gesundem Essen und physischer Aktivität unterstützen.
- (4) Wissen und Evidenz in der Praxis umsetzen.

Empfehlungen für den Privatsektor:

- (1) Bewerbung von gesundem Essen und mehr Bewegung nach nationalen und internationalen Richtlinien.
- (2) Entwicklung von einem gesunden Nahrungsangebot.
- (3) Konsumenten und nationale Autoritäten müssen gut informiert werden.
- (4) Verantwortungsvolles Marketings.
- (5) Einfaches, konsistentes und klares *Labeling*.

6.1 Gewicht und Übergewicht international¹⁰

Zahlen aus Europa und den USA zeigen, dass vor allem in den Industrienationen¹¹ dieser Welt die Energiebilanz aus dem Gleichgewicht gekommen ist. Bei Übergewicht handelt es sich schon lange nicht mehr um ein vernachlässigbares Thema. Die nachfolgenden Illustrationen zeigen, wie sich die Situation in Westeuropa (Deutschland, Österreich, Italien, Frankreich, Schweiz, Großbritannien), den USA und Kanada seit 2002 darstellt. Die ersten Tabellen und Abbildungen (ohne Kanada) zeigen die Gesamtsituation für die Prävalenz (in Prozent) von einem BMI (Body Mass Index) ≥ 25 auf. Diese

10 Die Studien, welche Aussagen zur Verteilung von Übergewicht in der Schweiz machen, basieren fast ausnahmslos auf Selbstmessungen des Körpergewichts und der Körpergrösse der Befragten. Die Daten aus der Schweiz sind deshalb nur bedingt mit Daten aus anderen Studien – z.B. den USA – vergleichbar, welche nicht auf Selbstmessungen basieren. Studien aus der Schweiz weisen tendenziell zu geringe Übergewichts- und Adipositasraten auf (bedingt durch die Selbstmessung).

11 Es ist darauf hinzuweisen, dass Übergewicht keineswegs nur in Industrienationen ein Thema ist. Es ist aber nicht der Fokus der vorliegenden Dissertation, die sich zuspitzende Problematik von Übergewicht in Entwicklungsländern zu diskutieren.

Prozentzahlen sind tendenziell hoch, denn ein BMI von bis zu 25 zählt immer noch als Normalgewicht. In Westeuropa ist die Schweiz das einzige Land, das schon im Jahre 2002 einen höheren Anteil von Frauen mit BMI ≥ 25 vorwies, was sich auch durch die weiteren Erhebungen in folgenden Jahren bestätigt. Frankreich und Italien sind im Jahre 2002 die beiden Länder mit den geringsten Prozentualen an einem BMI ≥ 25 . Die USA heben sich im Jahre 2002 von den westeuropäischen Ländern ab und weisen eine Quote von BMI ≥ 25 von ca. 70% auf.

Tabelle 2: BMI ≥ 25 in Westeuropa und USA 2002 nach Geschlecht¹²

Land	Männer %	Frauen %
Frankreich	44.1	33.4
Italien	51.9	37.8
Schweiz	52.4	53.8
Österreich	59.0	53.4
Grossbritannien	62.5	58.8
Deutschland	63.7	53.6
USA	72.2	69.8

Die Vergleichsdaten, die für die hier aufgeführten Tabellen verwendet wurden, sind von der Weltgesundheitsorganisation WHO aufbereitet worden. Abweichungen von den jeweiligen Befragungsergebnissen der einzelnen Länder sind auf Anpassungen in der Datenstruktur zu Vergleichszwecken zurückzuführen (WHO Global InfoBase Online, 2006).¹³

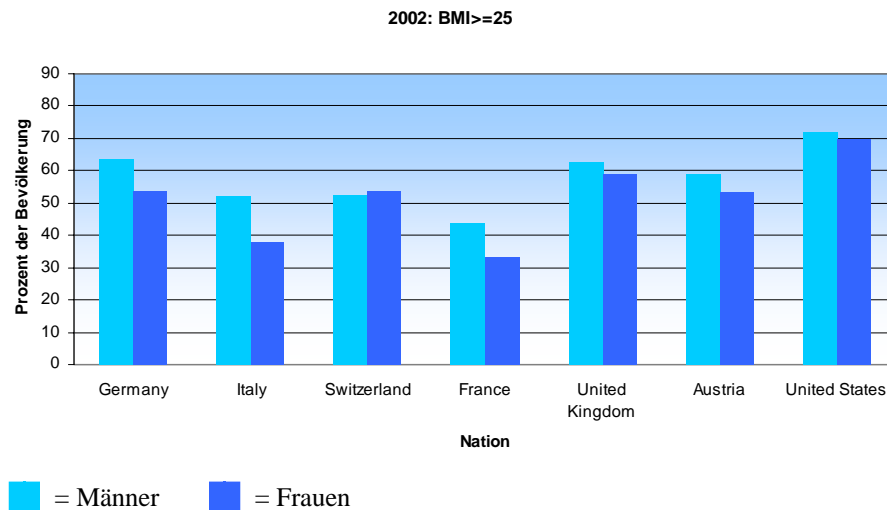
Es fällt ein Unterschied in den Prävalenzzahlen bei den Frauen zwischen Frankreich und den USA auf. Während im Jahre 2002 in Frankreich die Frauen mit 33,4% einen BMI von ≥ 25 aufwiesen, waren es in den USA zum selben Zeitpunkt schon mehr als

12 Die Daten wurden von der Informationsplattform der Weltgesundheitsorganisation WHO abgefragt und von der Autorin speziell für das vorliegende Kapitel zusammengestellt (WHO Global InfoBase Online, 2006).

13 Die Tabellen in Kapitel B-6.1 sind alle mit Daten von der WHO Informationsplattform „WHO Global InfoBase Online“ aufbereitet worden. Diese Informationsplattform ist unter: www.who.int/ncd_surveillance/infobase/web/InfoBaseCommon abrufbar. Daten von anderen Quellen sind speziell mit spezifischen Quellenangaben gekennzeichnet.

doppelt so viele, 69,8%. Großbritannien folgt den USA schon im Jahre 2002, ist aber immer noch 10% hinten nach.

Abbildung 4: BMI \geq 25 in Westeuropa und USA 2002 nach Geschlecht



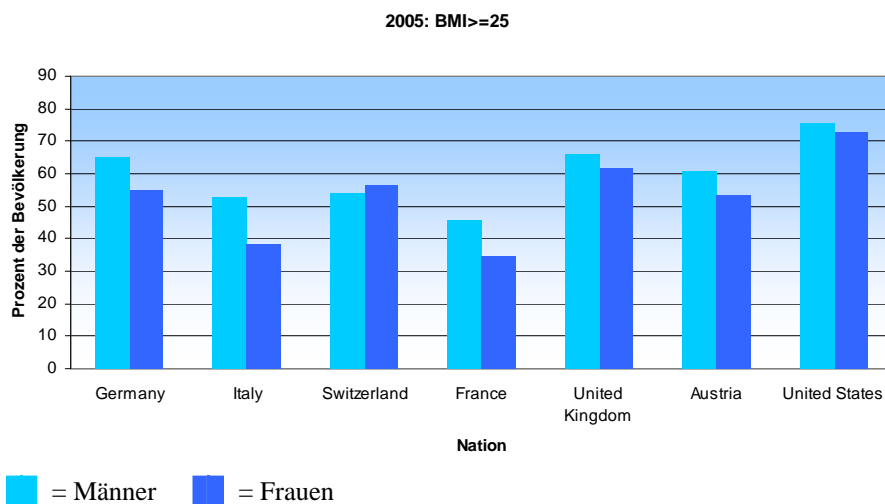
Die Zahlen der übergewichtigen Personen entwickelten sich bis im Jahre 2005 nach oben, vor allem die Zahlen aus den USA. Die Prävalenz bei den Männern mit einem BMI \geq 25 erhöhte sich gleich wie bei den Frauen um 3 Prozentpunkte. Somit weisen die USA immer noch einen doppelt so hohen Wert wie z.B. Frankreich auf. In Westeuropa folgt Großbritannien den Trends der USA.

Tabelle 3: BMI \geq 25 in Westeuropa und USA 2005 nach Geschlecht

Land	Männer %	Frauen %
Frankreich	45.6	34.7
Italien	52.7	38.3
Schweiz	54.1	56.8
Österreich	61.0	53.2
Deutschland	65.1	55.1
Grossbritannien	65.7	61.9
USA	75.6	72.6

Interessant zu beobachten sind die Unterschiede in den Prävalenzzahlen zwischen Männern und Frauen in Deutschland, Österreich, Italien und Frankreich, wo jeweils die Männer höhere Zahlen aufweisen als die Frauen.¹⁴

Abbildung 5: BMI ≥ 25 in Westeuropa und USA 2005 nach Geschlecht



Die WHO nahm aufgrund der Entwicklungen in den Prävalenzzahlen bei Übergewicht Projektionen der Prävalenzzahlen für die oben aufgeführten Länder für die Daten BMI ≥ 25 für das Jahr 2010.

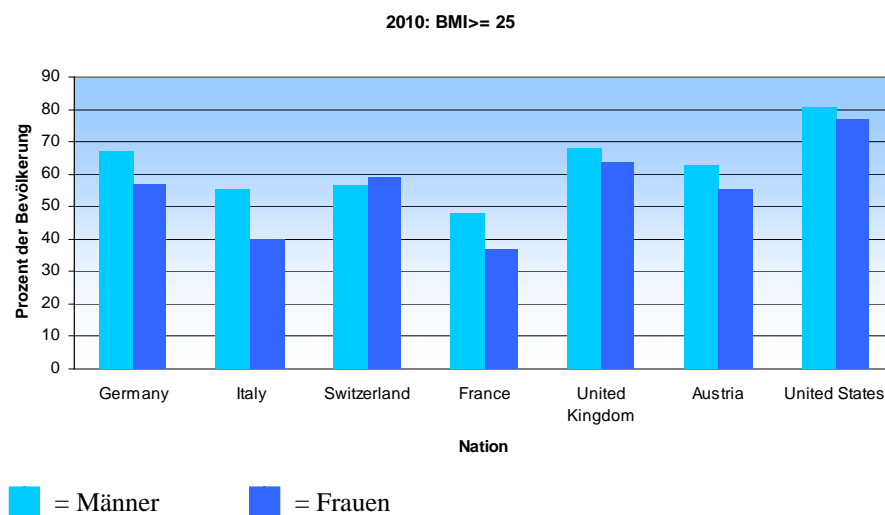
Tabelle 4: BMI ≥ 25 in Westeuropa und USA 2010 nach Geschlecht

Land	Männer %	Frauen %
Frankreich	48.0	36.9
Italien	55.0	40.1
Schweiz	56.5	58.9
Österreich	62.9	55.2
Deutschland	67.2	57.1
Grossbritannien	67.8	63.8
USA	80.5	76.8

¹⁴ Diese Unterschiede können bereits für das Jahr 2002 beobachtet werden.

Bis ins Jahr 2010 werden laut Projektionen der WHO die Prävalenzzahlen zu einem BMI ≥ 25 in den westeuropäischen Ländern wie in den USA weiter ansteigen. Auffallend ist die projizierte Prävalenz von einem BMI ≥ 25 bei den Männern in den USA, wo die Quote bis auf über 80% steigen wird. Auch die Deutschen und die in Engländer werden ihren Anteil an Männern, die einen BMI ≥ 25 aufweisen, erhöhen. Die nachfolgende Abbildung verdeutlicht, dass auch in der Projektion die Männer tendenziell eine größere Prävalenz mit einem BMI ≥ 25 aufweisen werden als Frauen.

Abbildung 6: BMI ≥ 25 in Westeuropa und USA 2010 nach Geschlecht



Die Unterschiede in den Prävalenzzahlen von Übergewicht zwischen Europa und den USA, aber auch zwischen den verschiedenen Ländern werden verdeutlicht, wenn die Zahlen für einen BMI ≥ 30 angeschaut werden. Bei diesen Vergleichen heben sich die USA von den restlichen Ländern ab.

Tabelle 5: BMI ≥ 30 in Westeuropa und USA 2002/2005/2010

Land	Jahr 2002 %		Jahr 2005 %		Jahr 2010 %	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Frankreich	7.2	6.1	7.8	6.6	9.0	7.6
Schweiz	11.4	16.4	12.4	18.7	13.9	20.6
Italien	12.2	12.2	12.9	12.6	14.4	13.7
Grossbritannien	18.7	21.3	21.6	24.2	23.7	26.3
Österreich	19.5	20.4	21.3	20.3	23.1	21.8
Deutschland	19.7	19.2	21.0	20.4	22.9	22.1
USA	32.0	37.8	36.5	41.8	44.2	48.3

Eine Umfrage der *Canadian Population Health Initiative* (CPHI, 2006)¹⁵ zeigte, dass 56% der erwachsenen Kanadier denken, dass die Reduktion von Übergewicht sehr wichtig ist bei der Förderung der Gesundheit der kanadischen Bevölkerung. Weiter finden 65%, dass Ernährung einen signifikanten Einfluss auf die Prävention von Übergewicht hat (59% denken das zu Bewegung). Kanadier denken laut dieser Umfrage weiter, dass, obwohl soziale und ökonomische Faktoren einen Einfluss auf die Prävalenz von Übergewicht haben, dieses doch hauptsächlich von persönlichen Entscheidungen abhängt (58%) und dass der einzelne Verantwortung zur Reduktion von Übergewicht in Kanada trägt (73%). Laut dem Canadian Community Health Survey weisen rund 15% der Bevölkerung über 18 Jahren einen BMI ≥ 30 auf. Daten nach Altergruppen sind in der nachfolgenden Tabelle aufgeführt.

15 Es wurden 1816 Kanadier in einem Telefonsurvey befragt.

Tabelle 6: BMI \geq 30 in Kanada 2003¹⁶

Altersgruppe	Männer und Frauen %
18-19	5.5
20-24	8.6
25-34	14.0
35-44	14.5
45-54	17.4
55-64	20.0
65-74	17.0
75+	10.9
18+	14.9

6.2 Ernährung international

Anknüpfend an die Übergewichtsproblematik in verschiedenen westeuropäischen Ländern, den USA und Kanada sollen an dieser Stelle weitere illustrative Beispiele zur Ernährungssituation in Europa, den USA und Kanada gegeben werden. Die nachfolgenden Daten sind wiederum auf der Basis der Informationsplattform der Weltgesundheitsorganisation aufbereitet worden.¹⁷

Besonders in Amerika ist der Prozentsatz der Personen (Männer und Frauen), die nicht genügend Früchte und Gemüse essen (weniger als 5 Portionen pro Tag), hoch. Es sind dies 71,6% der über 20jährigen Frauen und 81,5% der über 20jährigen Männer.

¹⁶ Canadian Community Health Survey, 2003: Statistics Canada.

¹⁷ Die Tabellen in Kapitel B-6.2 sind alle mit Daten von der WHO Informationsplattform „WHO Global InfoBase Online“ aufbereitet worden. Diese Informationsplattform ist unter: www.who.int/ncd_surveillance/infobase/web/InfoBaseCommon abrufbar. Daten von anderen Quellen sind speziell mit spezifischen Quellenangaben gekennzeichnet.

Tabelle 7: Weniger als 5 Portionen Früchte und Gemüse pro Tag USA¹⁸

Altersgruppe	Männer %	Frauen %
20-24	80.9	76.1
25-29	82.6	75.1
30-34	84.0	74.8
35-39	83.0	74.7
40-44	83.3	74.5
45-49	83.5	72.6
50-54	82.3	70.8
55-59	82.0	71.0
60-64	80.5	67.4
65+	75.6	65.0
20+	81.5	71.6

Auch in Grossbritannien nimmt ein grosser Prozentsatz der Personen (Männer wie Frauen und in jeder Altersgruppe) nicht die empfohlene Tagesdosis an 5 Portionen Früchte und Gemüse pro Tag ein. Interessant ist der Prozentsatz bei Jugendlichen von 16-24 Jahren (gesamthaft 85% der Jugendlichen, die nicht 5 Portionen am Tag einnehmen) und bei den alten Menschen (79% mit ungenügendem Konsum). Im Durchschnitt nehmen 13% der Jugendlichen zwischen 16 und 24 Jahren gar keine Früchte oder Gemüse zu sich.

18 Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS), 2003: Health Survey Program Center for Health Information.

Tabelle 8: Weniger als 5 Portionen Früchte und Gemüse pro Tag Großbritannien¹⁹

Altersgruppe	Männer %	Frauen %	Gesamt %
16+	78	74	76
16-24	87	84	85
25-34	79	77	78
35-44	79	73	76
45-54	77	68	72
55-64	75	68	71
65-74	71	72	72
75+	76	80	79

Tabelle 9: Keine Früchte und Gemüse Großbritannien²⁰

Altersgruppe	Männer %	Frauen %	Gesamt %
16+	9	6	8
16-24	16	10	13
25-34	11	8	9
35-44	10	7	8
45-54	8	5	6
55-64	5	4	4
65-74	5	4	5
75+	5	4	4

Daten für den Früchte- und Gemüsekonsum in Österreich folgen nicht der Regel „5 Portionen am Tag“, sondern geben die Verbraucherzahlen in Gramm pro Tag unterteilt nach Früchten und Gemüse an. Man kann aber dennoch einige Überlegungen auf der Basis der vorhandenen Daten anstellen. Nimmt man an, dass 5 Portionen Früchte und Gemüse ca. 500 Gramm pro Tag entsprechen, dann ist in Österreich der Verzehr von Früchten und Gemüse ungenügend. Tendenziell essen demnach Personen zwischen 15 und 56 Jahren (Männer und Frauen im Durchschnitt) ca. 350 Gramm Früchte und Gemüse am Tag (das sind 150 Gramm weniger als die empfohlenen 500 Gramm pro Tag). Die nächsten beiden Abbildungen zeigen, wie sich der Früchte- und Gemüsekonsum in Österreich über die verschiedenen Altersgruppen verteilt. Der Konsum

19 Health Survey for England, 2003: National Center for Social Research.

20 Health Survey for England, 2003: National Center for Social Research.

nimmt bis ins mittlere Alter (ca. 30-35 Jahre) ständig zu und dann wieder ab. Die Zahlen des Gemüsekonsums liegen unter den Zahlen des Früchtekonsums.

Abbildung 7: Früchtekonsum Österreich gesamt²¹

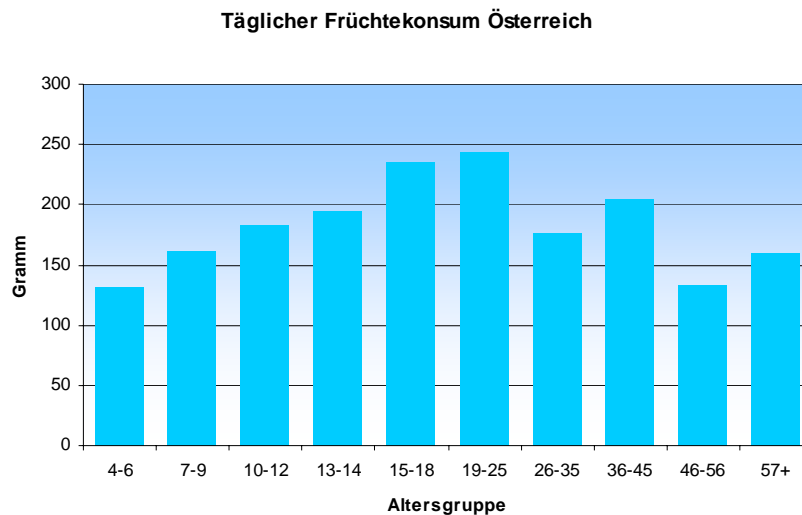
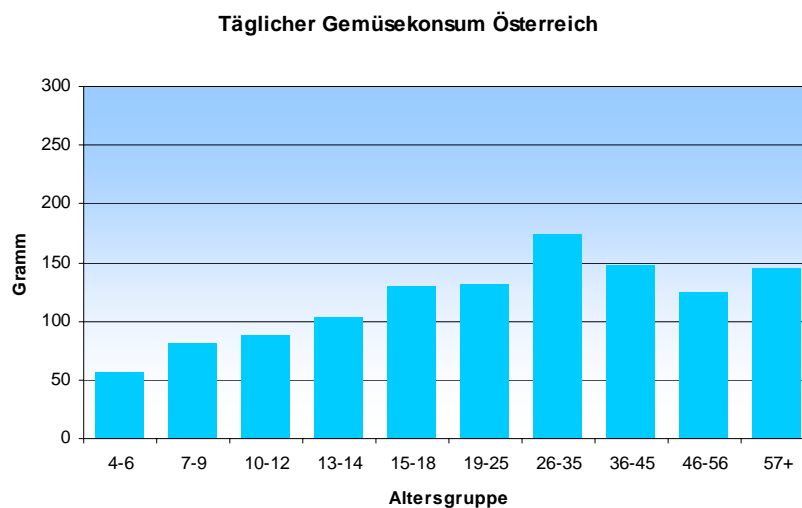


Abbildung 8: Gemüsekonsum Österreich gesamt²²



Für Frankreich und Deutschland sind nur Durchschnittsdaten zum Früchtekonsum verfügbar. Dieser Durchschnittskonsum liegt in Frankreich bei 189 Gramm bei den

21 Daten aus: Koenig und Elmadfa (1999)

22 Daten aus: Koenig und Elmadfa (1999)

Männern und bei 184 Gramm pro Tag bei den Frauen. In Deutschland liegt er bei den Männern tiefer (173,1 Gramm) und bei den Frauen höher (202,1 Gramm).

Tabelle 10: Früchtekonsum pro Tag in Gramm Frankreich²³

Altersgruppe	Mittelwert Gramm Männer	Mittelwert Gramm Frauen
18+	189	184

Tabelle 11: Früchtekonsum pro Tag in Gramm Deutschland²⁴

Altersgruppe	Mittelwert Gramm Männer	Mittelwert Gramm Frauen
18+	173.1	202.1

Wenn man sich die Prozentzahlen von Kanada bezüglich des Früchte- und Gemüsekonsums der Bevölkerung anschaut, so wird deutlich, dass die Hälfte der kanadischen Bevölkerung über 12 Jahren nicht die vorgeschlagenen 5 Portionen Früchte und Gemüse pro Tag konsumiert. Dieser mangelnde Konsum an frischen Früchten und Gemüse steht laut der *Canadian Public Health Initiative* in einem Zusammenhang mit der Übergewichtsproblematik.²⁵

23 Daten aus: Volatier und Verger (1999)

24 Daten aus: Agudo et al. (2002)

25 Laut des Canadian Community Health Survey bewegen sich 58% der kanadischen Bevölkerung nicht genug oder sind total inaktiv. 18% sind aktiv.

Tabelle 12: Weniger als 5 Portionen Früchte und Gemüse pro Tag Kanada²⁶

Altersgruppe	Männer %	Frauen %	Gesamt %
12+	61.3	49.3	55.2
12-14	48.4	44.9	46.7
15-19	55.7	51.0	53.4
20-24	62.3	53.4	58.0
25-34	65.0	52.3	58.6
35-44	66.9	53.2	60.1
45-54	65.9	50.6	58.1
55-64	61.2	45.5	53.4
65-74	53.3	42.3	47.5
75+	43.6	39.7	41.2

6.3 Bewegung international

Daten zur körperlichen Bewegung in Europa und generell in den Industrienationen weltweit sind limitiert. Die aktuellste repräsentative Befragung zum Bewegungsverhalten in Europa (EU-15 Staaten) ist die Eurobarometerstudie 2002, welche eine Reihe von Fragen bezüglich der Frequenz, Intensität und Länge physischer Aktivität untersuchte. Generell zeigen die Resultate, dass die Prävalenz der Personen, welche sich regelmäßig genügend bewegen, in Europa niedrig ist. Im Jahr 2002 gaben 40% der EuropäerInnen an, in der Woche vor der Befragung keine moderate körperliche Betätigung unternommen zu haben. 17% hatten in ihren Alltag in der Woche vor der Befragung keinen 10minütigen Spaziergang integriert. Mehr als 49% verbrachten in der Woche vor der Befragung 4,5 Stunden pro Tag im Sitzen. 15% geben an, in der Woche vor der Befragung sich täglich bei mittlerer Intensität bewegt zu haben (dies entspricht den Richtlinien der WHO) (Europäische Kommission, 2003).

26 Canadian Community Health Survey, 2003: Statistics Canada.

Tabelle 13: Mittlere körperliche Betätigung in den letzten 7 Tagen

Tage pro Woche	EU-15 Staaten %
Keine	40.8
1 Tag	6.4
2 Tage	11.3
3 Tage	8.5
4 Tage	5.2
5 Tage	7.2
6 Tage	3.3
7 Tage	15.4

40,8% der Befragten geben an, sich in den letzten sieben Tagen überhaupt nicht in Form von mittlerer Intensität bewegt zu haben. 11,3% gaben z.B. an, sich an 2 Tagen pro Woche bewegt zu haben.

Tabelle 14: Mittlere körperliche Betätigung in den letzten 7 Tagen nach Alter

Tage pro Woche	EU-15 Staaten %			
	15-25 Jahre	26-44 Jahre	45-64 Jahre	65 + Jahre
Keine	33.1	37.0	40.1	55.9
1 Tag	7.5	7.2	6.1	4.2
2 Tage	12.3	11.8	11.8	8.8
3 Tage	10.0	8.8	9.0	5.5
4 Tage	6.9	5.2	4.5	4.5
5 Tage	9.1	8.1	7.2	3.7
6 Tage	3.7	3.6	3.4	2.4
7 Tage	14.6	16.2	16.1	13.8
Keine Antwort	2.9	1.9	1.9	1.2

55,9% der Befragten von über 56 Jahren geben an, sich in den letzten sieben Tagen nie bei mittlerer Intensität bewegt zu haben. Das gilt auch für 33,1% der 15-25jährigen, 37,0% der 26-44jährigen und 40,1% der 45-64jährigen. Über 13% der über 65jährigen geben an, sich an all sieben Tagen der Woche bei mittlerer Intensität bewegt zu haben.

Zwischen den einzelnen EU-15 Staaten bestehen Unterschiede in der körperlichen Betätigung. Laut dem Projektbericht der Eurobarometer Studie „Physical Activity“ (Europäische Kommission, 2003) bewegen sich die Menschen in den Niederlanden, in

Dänemark, in Finnland, in Schweden, in Deutschland und in Luxemburg mehr als in anderen Nationen. Tiefe Raten für körperliche Bewegung konnten in Frankreich, Belgien, Italien, Spanien und Portugal beobachtet werden.

Varo et al. (2003) schreiben in einem Artikel im *International Journal of Epidemiology* von 2003 über ihre Studie „*Distribution and determinants of sedentary lifestyles in the European Union*“. Ziel dieser Studie war, die Prävalenz von Inaktivität (und deren Determinanten) in den EU-15 Staaten zu erheben. Sie befragten in jedem Land ca. 1000 Personen. Inaktive Personen wurden in zwei Gruppen unterteilt: (1) Personen, die weniger als 10% ihrer Freizeit in körperliche Aktivität investieren, (2) total inaktive.

Tabelle 15: Prozent Inaktive in der EU nach Typ 1 und 2 und Geschlecht

Geschlecht	Inaktive %	
	Typ 1	Typ 2
Männer	62.4	14.5
Frauen	62.4	15.6

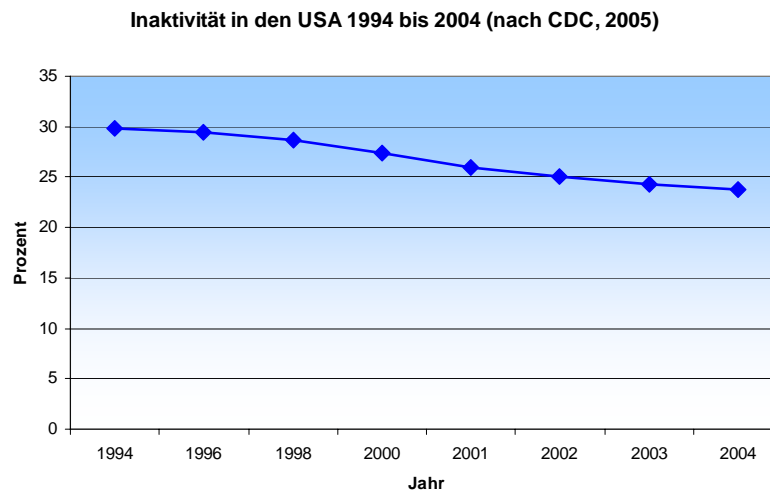
Laut den Berechnungen von Varo et al. (2003) sind gesamthaft gesehen 62,4% der Männer sowie 62,4 % der Frauen in der EU (EU-15 Staaten) inaktiv. Sie investieren weniger als 10% ihrer Freizeit in körperliche Aktivität. Total inaktiv sind 14,5 % der Männer und 15,6 % der Frauen.

Tabelle 16: Prozent inaktive Menschen in der EU nach Typ 1 und 2 und Land

Land	Inaktive %	
	Typ 1	Typ 2
Schweden	43.3	6.4
Irland	44.1	7.4
Österreich	46.8	7.9
Finnland	48.6	6.2
Luxemburg	57.5	9.8
Großbritannien	59.4	16.6
Dänemark	61.4	16.5
Niederlande	62.0	14.4
Frankreich	68.5	16.4
Italien	69.3	18.4
Griechenland	70.0	17.4
Deutschland	71.0	22.6
Spanien	71.0	18.0
Belgien	71.7	18.3
Portugal	87.8	24.1

Bei einer Analyse der Inaktivität nach Ländern zeigt sich, dass speziell in den mediterranen Ländern die Inaktivität hoch ist. In Portugal beträgt der Prozentsatz von Personen, die sich in ihrer Freizeit überhaupt nicht bewegen, 24,1%. In Italien sind 18,4% total inaktiv. In Schweden, Irland, Österreich, Finnland und Luxemburg liegen die Prozentzahlen für Inaktivität unter 10%.

Abbildung 9: Inaktivität in den USA 1994-2004



In den USA liegen die Prävalenzzahlen für Inaktivität in der Freizeit bei ca. 25-30%. Seit 1994 ist die totale Inaktivität in Amerika kontinuierlich von ca. 30% auf 23,7% im Jahr 2004 gesunken.

Auf eine internationale Betrachtung der Themenbereiche Ernährung, Bewegung und Gewicht folgt eine genauere Betrachtung der Situation in der Schweiz. Es wird in einem nächsten Kapitel systematisch auf die Themenbereiche Ernährung, Bewegung und Gewicht eingegangen, immer mit einem einführenden Teil und dann mit einem Teil zu konkreten Studien, welche zur Erhebung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens in der Schweizer Bevölkerung durchgeführt wurden. Ein letzter Teil konzentriert sich auf den Themenbereich Gewicht.

7 Die Situation in der Schweiz

Die nachfolgenden Unterkapitel werden beleuchten, wie *in der Schweiz* mit den Themen Ernährung, Bewegung und Gewicht umgegangen wird, und vor allem – vor dem Hintergrund der einführenden internationalen Perspektive – wie sich Schweizerinnen und Schweizer bezüglich der Themen Ernährung und Bewegung verhalten. Weiter soll ein Überblick über die Prävalenz von Übergewicht in der Schweiz anhand von Daten aus verschiedenen repräsentativen Studien gegeben werden.

Verschiedenste Organe wie die Bundesämter für Gesundheit und Sport, die Institute für Sozial- und Präventivmedizin an den Schweizer Universitäten, Suissebalance, die Schweizerische Gesellschaft für Ernährung, SantéSuisse, Obsan und die Gesundheitsförderung Schweiz, um an dieser Stelle nur eine Auswahl zu nennen, beschäftigen sich in der Schweiz mit den drei wichtigen Themen der Gesundheit: Gewicht, Bewegung und Ernährung.

7.1 Ernährung in der Schweiz

7.1.1 Schweizerische Ernährungspolitik

In der Schweiz existiert seit mehreren Jahren eine Ernährungsstrategie: „Ernährung und Gesundheit – Eine Ernährungspolicy für die Schweiz“, welche Ziele der Ernährungspolitik der Schweiz für die Jahre 2001 bis 2010 formuliert. Die Ernährungsstrategie basiert auf Ausführung der WHO und den im Jahre 1998 erschienen vierten Schweizer Ernährungsbericht (Keller et al., 1998), welcher die wichtigsten Fakten zum Thema Ernährung in der Schweiz aufzeigt. Zwei wichtige Themenbereiche der Ernährungsstrategie sind:

- (1) Ernährungsinformationen und –Interventionen
- (2) Ausbildung und Ernährungserziehung

Ernährungsinformationen und -Interventionen

Laut dem vierten Schweizer Ernährungsbericht (Keller et al., 1998) sind negative Entwicklungen im Schweizer Ernährungsverhalten im Gange. Verbreitet sind Folgekrankheiten von Fehlernährung. Unter diesen negativen Folgen steht vor allem das Übergewicht, das hauptsächlich, wie auch andere Krankheiten, auf den zu hohen Fettkonsum der Schweizerinnen und Schweizer zurückzuführen ist. Ein Hauptziel besteht deshalb darin, die Fettaufnahme bis in Jahre 2010 auf Nährstoffebene von derzeitigen 38% auf 35% zu reduzieren.

Weitere Maßnahmen sollen darauf abzielen, die Anzahl der Übergewichtigen konstant zu halten, und die Anzahl der schwer Übergewichtigen sowie den der Adipösen zu reduzieren. Ebenfalls zu reduzieren ist die Zahl von übergewichtigen Kindern (Bundesamt für Gesundheit, 2001).

Ausbildung und Ernährungserziehung

Das heutige Ernährungsverhalten ist bei Kindern suboptimal und der vierte Schweizer Ernährungsbericht macht auf die Tendenzen zu Übergewicht (aber auch Untergewicht) bei Jugendlichen aufmerksam. Die Ernährungspolicy, basierend auf einem Vorschlag von der Eidgenössischen Ernährungskommission AG Schule und Ernährung, hat zum Ziel, das Wissen über gesunde und nachhaltige Ernährung und das Ernährungsverhalten bei Schulkindern zu verbessern, wie auch den hygienischen Umgang mit Lebensmitteln zu fördern.

7.1.1.1 Der fünfte Schweizer Ernährungsbericht

Der fünfte Schweizer Ernährungsbericht ist Ende 2005 – sieben Jahre nach dem vierten Bericht – in einer neuen Fassung erschienen. Der Bericht hält fest, dass in der Schweiz viele der wichtigen Voraussetzungen für eine gesunde und ausgewogene Ernährung gegeben sind. Diese Voraussetzungen werden aus verschiedenen Gründen noch nicht oder nur suboptimal genutzt, oder es herrscht eine ungleiche Verteilung von Ressourcen für bestimmte Teile der Schweizer Bevölkerung vor.

Die Ernährungsschere hat sich weiter geöffnet. Neben wachsendem Übergewicht öffnet sich in einem anderen Bereich, im Bereich der Unter- und Mangelernährung, ein neues Problemfeld. Der Bericht informiert über den aktuellen Ernährungszustand in der Schweiz (Ernährungsgewohnheiten, -Verhalten, Nährstoffaufnahme, -Versorgung, usw.) und stellt fest, dass verstärkte Präventionsmaßnahmen den Gesundheitszustand in der Bevölkerung verbessern, die Lebensqualität erhöhen und die Gesundheitskosten senken könnten (siehe auch Somaini, 2005). Der fünfte Schweizer Ernährungsbericht liefert eine überarbeitete Grundlage zur Weiterentwicklung einer Schweizer Ernährungspolitik gemäß den Richtlinien der oben vorgestellten WHO Strategie (Eichholzer et al., 2005).

7.1.1.2 Ernährungsempfehlungen: Hauptbotschaften des Bundesamts für Gesundheit

Das Bundesamt für Gesundheit hat in der Schweiz zusammen mit Partnern die Aufgabe, Ernährungsempfehlungen zu formulieren. Diese Ernährungsempfehlungen für gesunde Erwachsene von 19 bis 65 Jahren basieren auf der seit 1998 bestehenden Lebensmittelpyramide der ehemals Schweizerischen Vereinigung für Ernährung. Die Lebensmittelpyramide kommuniziert leicht verständliche Empfehlungen für eine ausgewogene Ernährung für gesunde Erwachsene. Gemäß wissenschaftlichen Hintergrundinformationen der neu Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung basiert die Ernährungspyramide auf der amerikanischen Lebensmittelpyramide, die durch das *United States Department of Agriculture* entwickelt wurde (SGE, 2005a). Die ursprüngliche Lebensmittelpyramide der Schweizerischen Vereinigung für Ernährung ist im Laufe der letzten Jahre unter Kritik geraten, weil sie nicht mehr den neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen entspreche. Die heutige Schweizerische Gesellschaft für Ernährung hat deshalb eine Überarbeitung der Pyramide vorgenommen und die überarbeitete Version Anfang 2005 präsentiert (SGE, 2005b). Die überarbeitete Version richtet sich weiterhin an gesunde Erwachsene zwischen 19 und 65 Jahren mit einem Energiebedarf von 1800 bis 2500 kcal pro Tag. Das Ziel dieser neuen Version ist es, in ihrer Gesamtheit eine sinnvolle Ernährungsform darzustellen, welche sich im Sinne einer ausgewogenen Mischkost und in einer ausreichenden Zufuhr von Nähr- und Schutzstoffen ausdrückt. Die Schlüsselprinzipien der neuen Pyramide sind Abwechslung

und Mengenverhältnis. Laut der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung liegt der Vorteil der neuen Ernährungspyramide in ihrer Flexibilität: sie stellt keinen starren Ernährungsplan dar, sondern bietet Spielraum für individuelle Gestaltung und Genuss.

Abbildung 10: Überarbeitete Lebensmittelpyramide



(Quelle: SGE, 2005a)

Erklärungen zur Lebensmittelpyramide

Fette und Öle	Pro Tag höchstens 10g hochwertiges Pflanzenöl, 10g Bratfett, 10g Streichfett, eine fettreiche Speise
Süßigkeiten	Mit Maß genießen – höchstens einmal täglich: Süßigkeiten enthalten oft versteckte Fette
Milchprodukte	Pro Tag bis drei Portionen (1 Portion = 2dl Milch, 1 Becher Joghurt, 30g Hartkäse oder 60g Weichkäse)

Fleisch, Fisch, Eier und Hülsenfrüchte	Pro Woche zwei bis vier Portionen Fleisch (oder weniger), ein bis zwei Portionen Fisch und Hülsenfrüchte. Pro Woche ein bis drei Eier
Getreideprodukte und Kartoffeln	Pro Tag drei Portionen
Früchte	Pro Tag zwei Portionen, möglichst roh
Gemüse und Salat	Pro Tag drei Portionen, einmal roh
Getränke	Mindestens 1,5 Liter ungezuckerte und alkoholfreie Flüssigkeit pro Tag – die besten Durstlöscher sind Wasser, Tee oder verdünnte Fruchtsäfte. Süßgetränke zählen zu Süßigkeiten (siehe auch: Suissebalance, 2004)

Das Bundesamt für Gesundheit formulierte acht Grundsätze basierend auf den Empfehlungen der Schweizerischen Vereinigung für Ernährung. Diese acht Grundsätze gelten auch bei der neuen, überarbeiteten Ernährungspyramide, welche diese Empfehlungen anschaulicher und verständlicher unterstützt:

- (1) Trinken bei jeder Gelegenheit
- (2) Früchte und Gemüse – Nimm 5 am Tag
- (3) Getreide und Kartoffeln geben Kraft
- (4) Milch und Milchprodukte – Variationen zum genießen
- (5) Fleisch, Fisch, Eier und Hülsenfrüchte – gezielt auf den Tisch
- (6) Bewusster Genuss von Fett – pflanzliche Öle bevorzugen
- (7) Süßes ist fein, bleibt es klein!
- (8) Nicht stressen beim Essen (Siehe auch: BAG, 2003; SGE, 2006)

7.1.2 Studien

Wie stellt sich nach den Ausführungen zu Empfehlungen für eine gesunde Ernährung nun das tatsächliche Ernährungsverhalten der Schweizer Bevölkerung dar? Widerspiegeln sich die aufgeführten Ernährungsregeln im Essverhalten der Schweizer

Bevölkerung oder bestätigt sich der generelle Eindruck eines suboptimalen Ernährungsverhaltens in der Schweiz? Im Folgenden werden einige der Ergebnisse von repräsentativen Studien zum Ernährungsverhalten der Schweizer Bevölkerung vorgestellt.

7.1.2.1 Nutri-Trend Studien

Im Auftrag von Nestlé Suisse S.A. und dem Bundesamt für Gesundheit hat das Markt- und Meinungsforschungsinstitut M.I.S. S.A. vier Studien zum Ernährungsverhalten und Ernährungswissen der Schweizer Bevölkerung durchgeführt (siehe Nutri-Trend Studien 1985 / 1988 / 1994 und 2000 (Nestlé Suisse SA., 1985; Nestlé Suisse S.A. 1988; Nestlé Suisse S.A., 1994; Nestlé Suisse S.A., 2000)). Die Resultate dieser Studien erlauben es, Rückschlüsse auf die Entwicklung des Ernährungsverhaltens der Schweizer Bevölkerung zu ziehen. Im Vergleich zu den Untersuchungen von 1985, 1988 und 1994 wurden in der Nutri-Trend Studie 2000 erstmals auch Personen im Alter von über 50 Jahren befragt sowie die Interviewfragen nach Relevanz und aktuell interessanten Gesichtspunkten überarbeitet. Aus diesem Grund kann nur für einen Teil der Fragen ein Vergleich mit den früheren Untersuchungen vorgenommen werden.

Laut den Nutri-Trend Studien herrscht in der Schweizer Bevölkerung ein gutes Bewusstsein für eine gesunde Ernährung vor. In der Befragung von 1994 antworteten 71% der Befragten auf die Frage „Achten Sie auf ihre Ernährung?“ mit Ja. Dieses Interesse ist in den letzten 10 Jahren von 47% auf 71% gestiegen (Nestlé Suisse SA., 1994). Die Gründe für ein hohes Bewusstsein für die eigene Gesundheit sind „um in Form zu bleiben“, „aus eigener Initiative“, „um abzunehmen“, „Sport“, und „auf ärztliche Anweisung“. Weiter sind die Schweizerinnen und Schweizer auch bewusster geworden, was die Auswahl der Nahrungsmittel (Qualität, Geschmack und Auswirkungen auf die Gesundheit) betrifft. Essverhalten, Essrhythmus und die Gewichtung der einzelnen Mahlzeiten richten sich nach dem Tagesablauf. Durch neue Lebensformen und Trends ändert sich auch das damit verbundene Essverhalten. Tendenzen zeigen, dass das traditionelle Frühstück sich in seiner Zusammensetzung von

1985 bis 1994 kaum verändert hat. Es zeichnet sich ab, dass die jüngere Generation nicht mehr so häufig zu Hause frühstückt. Das Mittagessen zählt nach wie vor als Hauptmahlzeit bei einem Grossteil der Schweizerinnen und Schweizer, wobei sich fast die Hälfte der Befragten über Mittag auswärts verpflegt. Weitere Resultate aus der Nutri-Trend Studie 1994 sind, dass der Konsum von Light-Produkten rückläufig ist, dass das Interesse an biologisch angebauten Produkten steigt und dass das Wissen über Nahrungsmittel und Nährstoffe hoch ist.

7.1.2.2 Die Nutri-Trend Studie 2000 im Detail

Die neuste Nutri-Trend Studie 2000 (Nestlé Suisse S.A., 2000) ist bereits die vierte repräsentative Umfrage über Ernährungswissen und Ernährungsverhalten von Schweizerinnen und Schweizern. Viele Trends der vorangehenden drei Studien (1985/1989/1994) setzen sich in der neusten Studie fort.

Generell sind das Ernährungsbewusstsein und das Ernährungswissen in der Schweiz hoch. Drei Viertel aller Befragten achten auf ihre Ernährung. Tendenziell sind es mehr Frauen als Männer und mehr ältere als jüngere Menschen. Vor allem Berufstätige haben es schwer, Arbeitsbelastung und Achtsamkeit bei der Ernährung zu vereinen. Der Wunsch nach Gesundheit steht bei der Entscheidung für eine gesunde Ernährung im Vordergrund. Es lassen sich jedoch Unterschiede in den verschiedenen Schweizer Landesteilen feststellen. In der Deutschschweiz achten im Gegensatz zur französischen und der italienischen Schweiz mehr der Befragten auf die Ernährung (30% zu 20% in der Westschweiz und 21% in der italienischen Schweiz).

Eine ausgewogene Ernährung ist den meisten Schweizerinnen und Schweizern wichtig. Für viele bedeutet eine ausgewogene Ernährung Genuss, für andere ist sie zur Gewichtskontrolle nützlich. Eine ausgewogene Ernährung ist wichtig, das Essvergnügen sowie andere Ziele sollten dabei nicht aus den Augen gelassen werden.

Den meisten Schweizerinnen und Schweizern ist bewusst, dass verschiedenste Zivilisationskrankheiten wie ein zu hoher Cholesterinspiegel, Verdauungsstörungen, Herzkreislauf Erkrankungen und Diabetes, durch die Ernährung bewusst beeinflusst werden können. Die Meisten sind mit den wichtigsten Regeln wie „viel Gemüse/Salat/Früchte“ und „abwechslungsreich/ausgeglichen“ vertraut. Laut der Nutri-Trend Studie wissen die Schweizerinnen und Schweizer, wie wichtig eine abwechslungsreiche Ernährung mit viel Obst und Gemüse ist. Was auf den ersten Blick positiv erscheint, hat auch eine negative Seite: „Die Umsetzung der Ernährungsregeln fällt den Schweizerinnen und Schweizern schwer, obwohl sie wissen, wie wichtig es für sie ist, sich ausgewogen zu ernähren“ (Nestlé Suisse S.A., 2000). Es kennen 42% der Schweizerinnen und Schweizer die Ernährungspyramide, und 18% ernähren sich auch danach.

Bei den Ernährungsgewohnheiten bestehen regionale Unterschiede: Die Deutschschweiz ist Vorreiter in Vollkornprodukten und Biokonsum, die Westschweiz zeigt einen relativ hohen Eier-, Fleisch- und Frühstückscerealienkonsum. Die italienische Schweiz ist mehr auf Fisch, Milchprodukte und Teigwaren ausgerichtet.

Interessant sind die Angaben der Befragten über Essgewohnheiten im Vergleich zu früher. Die Schweizerinnen und Schweizer ernähren sich heute bewusster als früher: Mehr Obst, Gemüse, Salat und Fisch. Die meisten Befragten meinen, häufig Obst und Gemüse zu verzehren, aber die durchschnittlichen 2 Portionen liegen nicht einmal bei der Hälfte der fünf empfohlenen Portionen pro Tag.

Laut den Nutri-Trend Studien fühlen sich Schweizerinnen und Schweizer in Ernährungsfragen gut bis sehr gut informiert und denken, generell sehr interessiert zu sein. Die Resultate der Studie zeigen, dass Schweizerinnen und Schweizer sich zufällig, über die Printmedien, das Radio und das Fernsehen, aber auch in der Familie, bei Freunden und Bekannten informieren. Die Medien scheinen eine wichtige Rolle für das Informationsverhalten zu Ernährungsfragen zu spielen. Interessant ist, dass die

Einschätzung über die Glaubwürdigkeit von verschiedenen Informationsquellen sich nicht mit der Frequenz der Nutzung deckt. So schätzen die Schweizerinnen und Schweizer den Arzt oder den Apotheker glaubwürdiger ein als die Printmedien. Quellen, die breit über ein Thema informieren können (wie z.B. die Medien), genießen im Gegensatz zu Quellen, die keine breite Öffentlichkeit erreichen können, eine geringe Glaubwürdigkeit. Schweizerinnen und Schweizer würden sich auch für Produktinformationen auf den Packungsbeilagen interessieren, nur werden diese immer komplizierter. Durch immer neue Produkte und immer mehr Informationen zu den Produkten finden mehr und mehr Befragte, dass die Packungsbeilagen und Produktinformationen kompliziert und wenig verständlich sind (alle Angaben aus Nestlé Suisse S.A., 1985/1988/1994/2000).

7.1.2.3 Schweizerische Gesundheitsbefragungen

Die vom Bundesamt für Statistik im Auftrag des Bundesrates durchgeführten Schweizerischen Gesundheitsbefragungen haben zum Ziel, in regelmäßigen Abständen Aufschluss über die gesundheitliche Situation der Schweizer Bevölkerung ab 15 Jahre zu geben. Nebst Informationen zum körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheitszustand existieren auch Daten zu dessen Determinanten wie Lebensbedingungen, gesundheitlichen Ressourcen, Lebensstilmerkmalen und Verhaltensweisen, zur Krankenversicherungssituation und zur Inanspruchnahme der Angebote der Gesundheitsdienste. Nach 1992 und 1997 wurde die Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002 zum dritten Mal durchgeführt (Calmonte et al., 2005).

Für die Schweizerischen Gesundheitsbefragungen wiederholen sich die Zahlen der Nutri-Trend Studie 2000. Ca. 69% der Schweizer Bevölkerung achtet auf eine ausgewogene Ernährung (Tschannen und Calmonte, 2005). Dieses Bewusstsein steigt mit zunehmendem Alter. Es kann jedoch eine Abschwächung der Kurve nach dem 75sten Lebensjahr festgestellt werden. Dieses Bewusstsein ist laut den Schweizerischen Gesundheitsbefragungen von den Sprachregionen abhängig. Während in der Deutschschweiz und im Tessin die Menschen ernährungsbewusst sind, so liegt das

Bewusstsein in der französischen Schweiz bei einem Anteil von 54%. Das Bewusstsein hat sich über die Zeitspanne der Durchführung der Gesundheitsbefragungen kaum geändert.

Der tägliche Früchte- und Gemüsekonsum liegt laut den Gesundheitsbefragungen bei 59%, wobei dieser Konsum von Geschlecht und Alter abhängt. Je jünger jemand ist, desto weniger Früchte und Gemüse werden verzehrt. Frauen essen tendenziell mehr Früchte und Gemüse als Männer. Der Früchte- und Gemüsekonsum ist in den letzten Jahren bei den älteren Befragten eher gestiegen, bei den 15-24jährigen gesunken.

Die Befragten trinken nach Angaben der Schweizerischen Gesundheitsbefragung im Durchschnitt genügend nicht alkoholhaltige Getränke, wobei auch hier Unterschiede im Alter festzustellen sind (alle Angaben aus: Calmonte et al., 2005).

7.1.2.4 Grundlagenstudie über Ernährungstrends, HUG AG

Die Grundlagenstudie über Ernährungstrends wurde von der HUG AG (Hersteller von Süß- und Salzgebäck in der Schweiz) in Auftrag gegeben und vom Meinungsforschungsinstitut ISO Public durchgeführt. Aus der Untersuchung wurden Informationen über das Ernährungsverhalten – und damit verbundene Elemente wie z.B. Einstellung zu Fett und Zucker in Produkten – der Schweizerinnen und Schweizer in einem breiten gesellschaftlichen Kontext gewonnen. Es ging vor allem um die Analyse des Ist-Zustandes und der sich vollziehenden Entwicklungen, mit dem Ziel, eine anschauliche Typologie zum Ernährungsverhalten in der Schweizer Bevölkerung zu entwickeln (ISO Public, Institut für Markt und Meinungsforschung, 2003; Wandl, 2003).

Von den Nutri-Trend Studien und den Schweizer Gesundheitsbefragungen abweichend stellt die Studie dar, dass Schweizerinnen und Schweizer in Sachen Ernährung vor allem Genießer sind: Sie legen großen Wert auf Frische und Abwechslung. Der Gesundheitsaspekt steht im Hintergrund, wobei dieser immer noch wichtiger ist als die Linie. Die Gesellschaft ist bei der Ernährung zwar wichtig, doch essen viele

Schweizerinnen und Schweizer oft alleine und in weniger als einer halben Stunde anstatt während einer Stunde, wie sie sich das vorstellen würden.²⁷

Interessant erscheinen Fragen zum Fett- und/oder Zuckerkonsum. Fett wird von mehr Befragten als Feind erlebt als Zucker. Ca. ein Viertel der Befragten kann laut ISO Public als „fettsensibel“ eingestuft werden.

Auf der Basis der oben beschriebenen Befragung hat ISO Public fünf verschiedene Typen von Schweizerinnen und Schweizern bezüglich ihres Ernährungsverhaltens kreiert:

- (1) „Fast-Fat“: Viel und schnell, Junk-Food
- (2) „Man tut was man kann“: Gesundheitsbewusst unter den Einschränkungen des Alltags
- (3) „Schlankheitsbewusste Schnellesser“: Convenience, ohne Fett und Fleisch
- (4) „Genießer“: Genuss in schönem Rahmen, innovativ, Essen ist Zeit, Geld und Mühe wert (Zubereitung und Erwerb schafft auch Lust)
- (5) „Bewusste Esser“: Gesund, ohne Fett, schlank, Mehraufwand wird akzeptiert, Genuss ist trotzdem wichtig

7.1.2.5 State-of-the-Art Bericht „Fast Food und Gesundheit“

In der Schweiz, wie in Amerika, nimmt der Verzehr von Schnellgerichten (bei Jugendlichen und Erwachsenen) stetig zu. Moderne Lebensstile erlauben es oftmals nicht mehr, sich Zeit für die Ernährung zu nehmen. So sind viele zunehmend auf Schnellverpflegung angewiesen. Diese Schnellverpflegung wird geläufig als Fastfood bezeichnet. Fastfood wird im State-of-the-Art Bericht definiert als „standardisierte Mahlzeiten, die verzehrsbereit mit eingeschränkter Wahlmöglichkeit angeboten und

²⁷ Die Studie beschäftigt sich weiter mit den mit dem Verzehr von Keksen verbundenen Elementen, was für eine generelle Übersicht von Ernährungsverhalten hier nicht von Bedeutung ist.

rasch bereit gestellt werden“ (Mühlemann, 2005). Fastfood ist per se, entgegen der öffentlichen Meinung (Rützler, 2003), nicht ungesund, sondern Menschen sind mehr oder weniger gesund (Pudel, 2004). Fastfood kann die Gesundheit höchstens negativ beeinflussen, je nach dem, in welchem Masse Schnellgerichte eingenommen werden. Die zentrale Frage, die in diesem Bericht diskutiert wird, lautet: Wie wirkt sich der regelmäßige Konsum von Schnellgerichten auf unsere Gesundheit aus? Die Studie, herausgegeben von der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung (Fachbereich Ernährungswissenschaften) ist eine „Bestandesaufnahme über den heutigen Kenntnisstand mit Schwergewicht auf die Situation in der Schweiz. [...] Die Zielsetzung des Berichts besteht darin, den heutigen Kenntnisstand betreffend der Auswirkungen von regelmäßigem Konsum von Schnellgerichten auf die Gesundheit junger Menschen darzulegen“ (Mühlemann, 2005). Der Bericht liefert Resultate über den Markt der Schnellverpflegung in der Schweiz, den Süssgetränkkonsum in der Schweiz, das Essverhalten und Ernährungswissen in der Schweiz und in Europa, die Ausserhausverpflegung als Folge gesellschaftlicher Veränderungen, die Besuchfrequenz von Schnellverpflegungsstätten in der Schweiz, die ernährungsphysiologische Beurteilung von Schnellgerichten, das Gesundheitsproblem Übergewicht und über die zentrale Frage der gesundheitlichen Auswirkungen von regelmäßigem Konsum von Schnellgerichten.

7.1.2.6 Food Consumption 2003

Die Studie „Food Consumption 2003 – Ess- und Verzehrverhalten in der Schweiz“, welche vom Institut für Marketing und Handel an der Universität St. Gallen durchgeführt wurde, gibt Auskunft darüber, wie sich Konsumenten, die einem starken Wandel des Food Markts unterliegen, verändert haben und welche Marktsegmente in der Food Industrie interessant und lukrativ sind (Rudolph und Becker, 2003). Die Studie basiert auf der Annahme, dass der Food Markt (in der Schweiz und international) durch starke Veränderungen gekennzeichnet ist. Konsumenten haben immer größere Wahlmöglichkeiten und entscheiden sich aus diesem Grund auch immer unterschiedlicher und uneinheitlicher, ganz nach ihren Bedürfnissen. Die

Marktsegmentierung nimmt zu, weil Konsumenten mit verschiedensten neuen Bedürfnissen auf den Markt treten, die alle abgedeckt sein müssen. Dies bedeutet für Unternehmen (Nahrungsmittelindustrie, Handel und Gastronomie) mehr Komplexität aber auch erhöhte Chancen auf dem Markt. Die Studie zeigt, basierend auf zehn Thesen zum Food Markt Schweiz, auf welche Weise der komplexe Markt durch ein „Multi-Segment-Management“ strukturiert und systematisch bearbeitet werden kann (Rudolph und Becker, 2003). Die Thesen lauten:

- (1) Anspruchsvolle Konsumenten
- (2) Inflation der Verzehrsituation
- (3) Fragmentierung des Food Markts
- (4) Ernährung in der Zweiklassengesellschaft
- (5) Essen für Workaholics
- (6) Handel und Gastronomie als Rivalen
- (7) Schlechtes Image von Convenienceprodukten
- (8) Kommunikation als Schlüsselfunktion
- (9) Food Markt Schweiz: Traditionell oder Modern
- (10) Erfolgreiches „Multi-Segment-Management“ als Herausforderung der Zukunft
(Siehe dazu Rudolph und Becker, 2003).²⁸

7.2 Bewegung in der Schweiz

Aus Fachpublikationen und Berichten geht hervor (siehe z.B.: Martin, 1999; Martin, 2002; Martin and Mäder, 2002), dass in der Schweiz ein Bewegungsmangel vorherrscht. Aktuelle Zahlen deuten darauf hin, dass sich in der Schweiz ein Grossteil der Bevölkerung nicht ausreichend bewegt. Laut den neusten Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 sind es rund 19,4%, die sich nicht bewegen, 45,6% tun dies nur ungenügend. Die Gründe für diese Bewegungsarmut sind vielfältig. In diesem Sinne

²⁸ Für die neuste Studie siehe Rudolph und Becker, 2005.

versuchen verschiedenste Studien, die in den letzten Jahren in der Schweiz durchgeführt wurden, das Bewegungsverhalten und deren Determinanten/Gründe in der Schweizer Bevölkerung zu erfassen und zu verstehen.

7.2.1 Schweizerische Bewegungspolitik

Das Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz setzt sich für das Ziel „mehr bewegungsaktive Schweizer“ ein und koordiniert Organisationen, die sich wiederum für Gesundheit durch Bewegungs- und Sportförderung einsetzen. Die Basis für alle gesundheitsförderlichen Aktivitäten, welche Bewegung und Sport einschließen, bildet das Grundsatzdokument „Gesundheitswirksame Bewegung“ (BASPO et al., 2002), herausgegeben vom Bundesamt für Sport, dem Bundesamt für Gesundheit, Gesundheitsförderung Schweiz und dem Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz. Eine überarbeitete Version dieses Dokuments formuliert 10 Grundsätze zur gesundheitswirksamen Bewegung für die Schweiz (BASPO et al., 2004).

7.2.1.1 Gesundheitswirksame Bewegung: Zehn Grundsätze für die Schweiz

- (1) In der Schweiz bewegen sich zwei Drittel der Menschen nur ungenügend. Rund ein Fünftel ist körperlich inaktiv.
- (2) Die Folgen einer zunehmenden Inaktivität belaufen sich jedes Jahr auf rund 1,4 Millionen Erkrankungen und 2000 Todesfälle. Diese belasten die Volkswirtschaft und beeinflussen die Höhe der Prämien der Krankenversicherung.
- (3) Durch körperliche Aktivität könnten in der Schweiz jährlich mindestens 3300 Todesfälle und 2,3 Millionen Erkrankungen verhindert werden. Körperlich aktive Menschen sind gesünder, leistungsfähiger und leben länger autonom.
- (4) Um mit Bewegung zu beginnen, ist es nie zu spät. Auch wenn man sich über längere Zeit nicht bewegt hat, kann man von den Vorteilen körperlicher Aktivität profitieren.
- (5) Mögliche Schäden, die auf zunehmende Inaktivität zurückzuführen sind,

übersteigen bei Weitem die negativen Folgen von körperlicher Betätigung.

- (6) Eine halbe Stunde körperliche Betätigung pro Tag bei mittlerer Intensität reicht aus, um die Gesundheit positiv zu beeinflussen.
- (7) Bereits aktive Menschen können mit gezieltem Training Ausdauer, Kraft und Beweglichkeit stärken und so einen zusätzlichen Nutzen für die Gesundheit wie auch die Lebensqualität erzielen.
- (8) Ab einem bestimmten Trainingsumfang kann nicht mehr von einem rein gesundheitsfördernden Bewegungsverhalten gesprochen werden. Wer viel trainiert sollte das in Zusammenarbeit mit einer Fachperson tun.
- (9) Bewegungsempfehlungen vom Bundesamt für Sport und dem Bundesamt für Gesundheit beziehen sich auf große Bevölkerungsgruppen (Inaktive, Aktive, Trainierte). Bewegungs- und Trainingsempfehlungen für spezifische Gruppen oder Einzelpersonen sind der jeweiligen Situation anzupassen.
- (10) Nur eine Abstimmung der Maßnahmen zur Gesundheitsförderung durch Bewegung kann das Bewegungsverhalten der Bevölkerung nachhaltig verbessern. Bewegung und Sport sind in diesem Sinn integrale Bestandteile einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik.

7.2.1.2 Gesundheitliche und ökonomische Folgen von zunehmender Inaktivität

Inaktivität kostet die Schweiz Milliarden: Eine wissenschaftliche Stellungnahme vom Bundesamt für Sport, dem Bundesamt für Gesundheit, der Schweizerischen Beratungsstelle für Unfallverhütung, der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt, der Forschungsgruppe medizinische Ökonomie München, sowie dem Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz (Martin et al., 2001) unterstreicht den volkswirtschaftlichen Nutzen der Gesundheitseffekte von körperlicher Aktivität. Die Abteilungen für medizinische Ökonomie des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin und des Universitätsspitals Zürich schätzen, dass die aktuelle körperliche Aktivität in der Schweizer Bevölkerung heute 2,3 Millionen Erkrankungen und rund 3000 Todesfälle wie auch direkte Behandlungskosten von 2,7 Milliarden Franken verhindert. Der sich ungenügend bewegende Teil der Schweizer Bevölkerung ist für 1,4 Millionen

Erkrankungen und knapp 2000 Todesfälle wie direkte Behandlungskosten von 1,6 Milliarden Franken pro Jahr verantwortlich. Leider gibt es auch Risiken der sportlichen Betätigung: Die 300'000 Sportunfälle im Jahr (Inaktive, Aktive, Trainierte) verursachen ca. 160 Todesfälle und direkte Behandlungskosten von 1,1 Milliarden Franken. Die Studie geht weiter auf spezielle Folgen von körperlicher Aktivität ein und bespricht methodologische Probleme bei der Errechnung der Folgekosten von körperlicher Aktivität/Inaktivität, auf welche an dieser Stelle nicht eingegangen wird. Abschließend zeigt die Studie, dass Bewegung und Sport der Schweiz einen wichtigen volkswirtschaftlichen Nutzen bringen, und sich außer auf das Wohlbefinden, die Lebensqualität sowie die Leistungsfähigkeit auch positiv auf die Gesundheitskosten in unserem Land auswirken. Das volkswirtschaftliche Potential von regelmäßiger körperlicher Aktivität wird zurzeit noch ungenügend genutzt. Die volle Ausschöpfung dieses Potentials sollte mit der Kontrolle und der Reduktion von den mit der sportlichen Aktivität verbundenen Risiken im Einklang stehen (Martin et al., 2001).

7.2.1.3 Bewegungsempfehlungen: Hauptbotschaften des Bundesamt für Sport

Das Bundesamt für Sport in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Gesundheit und dem Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz formuliert spezifische Empfehlungen für eine gesunde Bewegung in der Schweiz. Die Empfehlungen richten sich an verschiedene Bevölkerungsgruppen wie Inaktiv und Aktive (BASPO et al., 2006).²⁹

(1) Empfehlungen zur gesunden Bewegung für Inaktive

Es wird mindestens eine halbe Stunde Bewegung täglich in Form von Alltagsaktivitäten oder Sport von mindestens mittlerer Intensität empfohlen. Bei einer Bewegung von mittlerer Intensität kommt man zumindest ein wenig außer Atem. Es ist nicht unbedingt notwendig, die „Bewegungsdosis“ pro Tag an einem Stück zu absolvieren. Alles, was

²⁹ Diese Empfehlungen sind für die Schweiz entwickelt worden. Auch in anderen europäischen Ländern, in den USA und in Kanada werden ähnliche Empfehlungen in leichten Variationen formuliert (siehe zum Beispiel: Quebec Consensus Statement on Physical Activity, Health and Well-Being, 1995 oder für die USA: Pate et al., 1995).

mehr als 10 Minuten körperlicher Betätigung entspricht, kann über den Tag zusammengezählt werden.

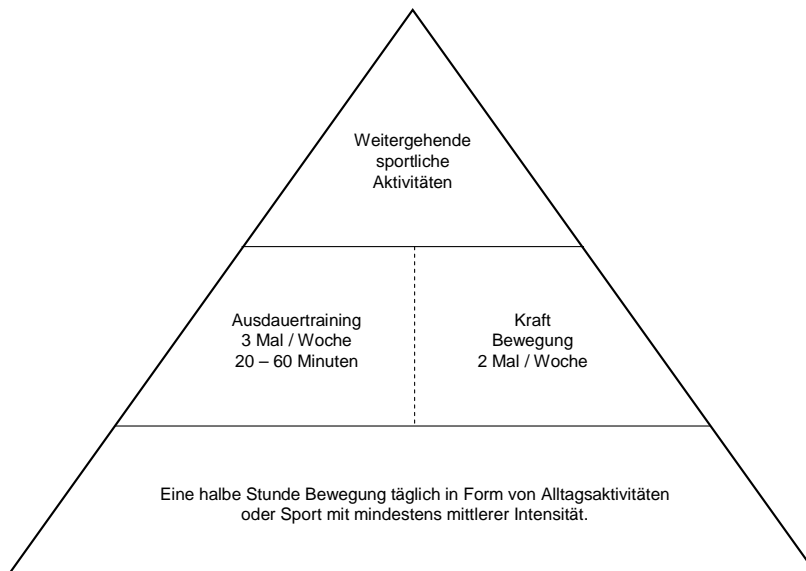
(2) Empfehlungen zu Bewegung und Sport für bereits Aktive

Die bereits aktive Bevölkerung, die sich eine halbe Stunde täglich bewegt, kann noch mehr für ihre körperliche Gesundheit tun, indem sie gezieltes Training für Ausdauer, Kraft und Beweglichkeit aufnimmt. Ein Ausdauertraining umfasst mindestens drei Trainingseinheiten pro Woche, die leichtes Schwitzen verursachen. Krafttraining ist wichtig für die Leistungsfähigkeit und bei älteren Personen zur Erhaltung der Selbständigkeit. Ein Krafttraining sollte zwei Mal die Woche durchgeführt werden.

7.2.1.4 Die Bewegungspyramide

Die oben aufgeführten Empfehlungen widerspiegeln die so genannte „Bewegungspyramide“. Sie soll ein einfaches Mittel sein, gesundheitsfördernde Bewegung nachhaltig in den Alltag zu integrieren. Eine dauerhafte Veränderung des Bewegungsverhaltens wird angestrebt. Eine Verhaltensänderung ist ein längerer Prozess, der typischerweise über mehrere Stufen verläuft, und sich mit der Bewegungspyramide unterstützen lässt.

Abbildung 11: Die Bewegungspyramide des Bundesamts für Sport



(Quelle: Martin, 2004)

7.2.2 Studien

Bereits seit 1992 wird in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung, alle fünf Jahre vom Bundesamt für Statistik durchgeführt, das Bewegungsverhalten von Schweizerinnen und Schweizern ab 15 Jahren erfasst. Zusätzlich zu den Schweizerischen Gesundheitsbefragungen hat das Bundesamt für Sport in den Jahren 1999 und 2001 spezielle Bewegungssurveys durchgeführt, in denen das körperliche Aktivitätsverhalten mit den aktuellen Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung verglichen wurde. 1992 konnten erstmals die vorhandenen Bewegungsdefizite in der Schweizer Bevölkerung beziffert werden. Zudem wurden wichtige Erkenntnisse über den Zusammenhang von körperlicher Betätigung und Gesundheit erarbeitet, die für die gesundheitspolitische Diskussion eine interessante Basis lieferten (Calmonte und Kälin, 1997). Mit der zweiten Welle der Gesundheitsbefragung im Jahre 1997 konnte bisheriges Wissen vertieft und Fragen zur körperlichen Aktivität ausgebaut werden (siehe auch: Lamprecht und Stamm, 2000). Weitere Publikationen zu der neusten Gesundheitsbefragung 2002 und zu den Bewegungssurveys des Bundesamts für Sport

bestätigen die Entwicklung zur Inaktivität in der Schweiz (siehe dazu: Martin, 1999; Martin, 2002; Martin and Mäder, 2002).

7.2.2.1 Schweizerische Gesundheitsbefragungen (1992/1997/2002)

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992 enthält keine Items, die sich direkt auf die erst im Jahre 1999 festgelegten Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung beziehen. Dennoch beinhalten die Befragungen seit 1992 eine Frage zum Schwitzen durch körperliche Aktivität in der Freizeit. Auf dieser Basis wurden Inaktive (weniger als 1 Mal Schwitzen pro Woche), mäßig Aktive (1 – 2 Mal Schwitzen pro Woche) und Aktive (mehr als 3 Mal Schwitzen pro Woche) unterschieden (Calmonte und Kälin, 1997; Martin et al., 2000). In der gemeinsamen wissenschaftlichen Stellungnahme (BASPO, BAG, BFS, HEPA) deuten die Autoren darauf hin, dass zwischen den Jahren 1992 und 1997 Veränderungen im Bewegungsverhalten der Schweizerinnen und Schweizer stattgefunden haben. Die Inaktivität ist über den Zeitraum von 5 Jahren von 1992 bis 1997 um 4% gestiegen, während bei der Gruppe der „Aktiven“ keine Zunahme zu verzeichnen war. Es kommt hinzu, dass sich differenzierende Merkmale der verschiedenen „Bewegungstypen“ akzentuierten. Bei den Gruppen der Inaktiven, die sich 1992 schon nicht bewegten, ist die Inaktivität angestiegen.

- (1) Der Anteil der weniger aktiven Frauen stieg um 6% (Inaktivität). Der Geschlechterunterschied hat sich mit der geringeren Zunahme der Inaktivität bei den Männern (rund 2%) verschärft.
- (2) Ältere Personen werden inaktiver: Während bei der jüngeren Generation eine leichte Zunahme der körperlichen Betätigung zu verzeichnen ist, so ist bei den älteren Leuten eine massive Zunahme der Inaktivität zu beobachten.
- (3) Regionale Unterschiede: In der französischen und der italienischen Schweiz sind die Gruppen der inaktiven Personen größer geworden, während in der Deutschschweiz die Gruppe der Aktiven auf Kosten der mäßig Aktiven Zuwachs fand.

- (4) Die Inaktivität ist bei der tiefsten Bildungsgruppe am markantesten: Der Anteil der Inaktiven hat in den niedrigen Bildungsstufen und in Gruppen mit geringem Haushaltseinkommen proportional stark zugenommen (Martin et al., 2000).

7.2.2.2 *Die Schweizerische Gesundheitsbefragung 1997 im Detail*

In der Gesundheitsbefragung 1997 wurde dem Bewegungsverhalten mehr Platz eingeräumt als noch im Jahre 1992. So beinhaltet die Schweizerische Gesundheitsbefragung 1997 eine Erweiterung zur Frage, wie häufig man im Laufe einer Woche ins Schwitzen kommt, indem sie weitere Angaben zum Bewegungsverhalten (Häufigkeit, Dauer, Intensität, Art der Bewegung) abfragte. Diese verschiedenen Bewegungsindikatoren wurden miteinander verglichen. Dabei wurde deutlich, dass sich zwar 60% der Schweizer Bevölkerung bewegen, es aber nur 54% sind, die tatsächlich Gymnastik, Fitness oder Sport betreiben. Werden die Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1997 vor dem Hintergrund der 1999 erarbeiteten Bewegungsempfehlungen neu analysiert, so kann man die Schweizer Bevölkerung in vier Bewegungskategorien unterteilen (siehe Lamprecht und Stamm, 2000).

Tabelle 17: 4 Typen von sportlich-körperlicher Bewegung

Aktivitätsgrad	%
Hohe Aktivität Personen, die wöchentlich dreimal oder mehr durch körperliche Aktivität ins Schwitzen geraten und mindestens zwei Stunden pro Woche Gymnastik, Fitness oder Sport betreiben.	18 %
Mäßige Aktivität Personen, die mindestens einmal pro Woche durch körperliche Betätigung ins Schwitzen geraten und mindestens eine Stunde pro Woche Sport treiben.	27 %
Teilaktive Personen, die Gymnastik, Fitness und Sport betreiben, ohne dabei ins Schwitzen zu geraten, beziehungsweise Personen, die zwar durch körperliche Aktivitäten ins Schwitzen geraten ohne aber Gymnastik, Fitness oder Sport zu betreiben.	24 %
Inaktive Personen, die sich nicht bewegen.	31%

(Quelle: Lamprecht und Stamm, 2000)

Wie viel und wie häufig sich jemand bewegt, hängt laut der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1997 von verschiedenen soziodemographischen Faktoren ab:

Alter, Geschlecht, Nationalität, Wohnort, Bildung und Einkommen. In diesem Sinne können folgende Kernaussagen gemacht werden, die auf den Resultaten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1997 basieren:

- (1) Männer üben in ihrer Freizeit häufiger Sport aus als Frauen.
- (2) Mit zunehmendem Alter nimmt auch die körperliche Aktivität ab.
- (3) Die in der Schweiz lebenden Ausländer sind tendenziell weniger aktiv als die Schweizer.
- (4) Deutschschweizerinnen und Deutschschweizer bewegen sich durchschnittlich mehr als ihre Landesgenossen aus der Romandie und aus dem Tessin.
- (5) Höhere Bildung hat einen positiven Einfluss auf die Bewegung.
- (6) Reichere Menschen bewegen sich mehr als Arme (siehe auch Lamprecht und Stamm, 2000).

7.2.2.3 Die Bewegungssurveys 1999 und 2001 im Detail

Als Ergänzung zu den Schweizerischen Gesundheitsbefragungen wurden vom Bundesamt für Sport in den Jahren 1999 und 2001 spezielle *Bewegungssurveys* durchgeführt, die erstmals das körperliche Aktivitätsverhalten mit den aktuellen Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung verglichen. Es wurden im Jahre 1999 mittels Telefonbefragungen 1529 Personen zu ihrem Bewegungsverhalten interviewt. Es wurden weiter die Stadien der Verhaltensänderung bezüglich der Mindestempfehlungen gemäß dem transtheoretischen Modell erhoben (Schmid et al., 1999; Prochaska und DiClemente, 1984) und eine Operationalisierung des Modells gewählt, die sich für das Thema Bewegung bietet (Marcus und Simkin, 1994). Die Resultate von 1999 weisen, wie schon die Schweizerischen Gesundheitsbefragungen darauf hin, dass ein Bewegungsdefizit in der Schweizer Bevölkerung besteht (Martin und Mäder, 2002): 37,1% der Befragten geben an, sich nicht im Rahmen der Mindestempfehlungen (eine halbe Stunde täglich bei mindestens mittlerer Intensität) zu bewegen. Sie werden als „inaktiv“ eingestuft. Weitere 25,6% sagen aus, sich zwar den Mindestempfehlungen nach zu bewegen, aber kein sportliches Training zu absolvieren.

37,3% der Befragten trainieren im Ausdauerbereich. Martin und Mäder (2002) weisen darauf hin, dass in den verschiedenen Landesteilen unterschiedliche Daten zur Inaktivität vorherrschen: Tessin: 55% Inaktive, Romandie: 62,4% Inaktive, Deutschschweiz: 27,2% Inaktive. Sie machen jedoch trotz den negativen Tendenzen auf einen positiven Punkt aufmerksam: „Angesichts der grundsätzlich guten Akzeptanz der Gesundheitsressource Bewegung (Martin et al., 1999) ist von einem großen Potential für die Gesundheitsförderung auszugehen. Eine intensive Förderung von Bewegung ist für die Schweiz von größter Bedeutung“ (Martin und Mäder, 2002).

Die Befragung von 2001 wurde bei 1535 Personen durchgeführt, wobei 91,2% der Befragten Bewegung für sehr oder ziemlich wichtig hielten. 16% der Befragten kannten die Mindestempfehlungen für eine gesundheitswirksame Bewegung. Laut dem Bewegungssurvey 2001 gelten 36,6% der Schweizerinnen und Schweizer als inaktiv. 25,3% sind körperlich aktiv (nicht aber im Masse eines sportlichen Trainings) und weitere 38,1% absolvieren regelmäßig ein Ausdauertraining. Diesen Ergebnissen nach können keine signifikanten Änderungen – im Vergleich zu 1999 – im Schweizer Bewegungsverhalten festgestellt werden. Einzig das Wissen um die Basisempfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung des Netzwerks Gesundheit und Bewegung Schweiz sind bei Schweizerinnen und Schweizern besser bekannt als noch im Jahre 1999. Es ist eine Zunahme von Wissen um 4% zu verzeichnen. Was im Folgenden festgestellt werden kann, ist, dass die Schweizerische Gesundheitsbefragung wesentlich höhere Prävalenzzahlen zur körperlichen Inaktivität in der Schweiz aufweist (siehe Prävalenzzahlen Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002 in Bezug auf die Empfehlungen des Netzwerks Gesundheit und Bewegung Schweiz). Dieser Prävalenzunterschied ist laut Martin (2002) darauf zurückzuführen, dass der Bewegungssurvey durch die direkte Konzentration auf das Thema Bewegungsverhalten einer größeren sozialen Wünschbarkeit unterliegt als die Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, welche einen größeren Umfang aufweist und zusätzlich zur Bewegung noch andere Themen abdeckt.

7.2.2.4 Die Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002 im Detail

Die neusten Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 zeigen, dass der Bewegungsmangel in der Schweiz, trotz verschiedenster Studien und dementsprechenden Einschätzungen unterschätzt worden ist. Die Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung können aufgrund von verschiedenen Leitindikatoren zur Beurteilung derselben unterschiedlich analysiert und dementsprechend interpretiert werden.

Leitindikator 1: Basisempfehlungen Bundesamt für Gesundheit

Nimmt man die Basisempfehlungen des Bundesamtes für Gesundheit („Frauen und Männern in jedem Lebensalter wird mindestens eine halbe Stunde Bewegung täglich in Form von Alltagstätigkeiten oder Sport – zügiges Laufen, Wandern, Tanzen, Gartenarbeit und viele Sportarten – mit mindestens *mittlerer* Intensität empfohlen“), so zeigt sich, dass 17,7% der Schweizerinnen und Schweizer diese Basisempfehlungen vollständig erfüllen. Rund 82,6% bewegen sich ungenügend oder gar nicht.

Tabelle 18: Basisempfehlung „außer Atem kommen durch körperliche Betätigung“

	% der CH Bevölkerung
Erfüllen von Basisempfehlungen: An mindestens 5 Tagen jeweils mindestens 30 Minuten	17,7 %
Erfüllen Basisempfehlungen nicht vollständig, sind mindestens 150 Minuten wöchentlich aktiv	26,6 %
Sind insgesamt 30 bis 150 Minuten pro Woche aktiv	25,4 %
Inaktiv	30,7 %

(Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, siehe auch: Lamprecht und Stamm, 2005)

Leitindikator 2: Schwitzen durch körperliche Aktivität

Der zweite Leitindikator ist definiert durch die „Schwitzperioden pro Woche“. In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 wurde gefragt, an wie vielen Tagen in der Woche man durch körperliche Betätigung während der Freizeit ins Schwitzen komme. Nach diesem Indikator betätigen sich rund 63% der Schweizerinnen und Schweizer in

ihrer Freizeit mindestens einmal pro Woche so, dass sie ins Schwitzen kommen, 27,1% kommen 3 oder mehr Mal pro Woche ins Schwitzen.

Tabelle 19: Basisempfehlung „Schwitzen durch körperliche Aktivität“

	% der CH Bevölkerung
3 Mal und mehr pro Woche	27,1 %
1 bis 2 Mal pro Woche	36,1 %
Nie	36,8 %

(Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, siehe auch: Lamprecht und Stamm, 2005)

Leitindikator 3: Neue Bewegungsempfehlungen des Bundesamts für Sport

Wenn die Daten der Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002 nach den Empfehlungen des Netzwerks Gesundheit und Bewegung Schweiz neu analysiert werden, dann zeigt sich Folgendes: Die Trainierten erfüllen die Empfehlungen für ein sportliches Training von mindestens 3 Ausdauereinheiten pro Woche und regelmäßig Aktive halten sich an die Mindestempfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung. Diese beiden Gruppen zusammen machen ca. 36% der Schweizer Bevölkerung aus. Es bleibt ein großer Teil, 64%, der nicht einmal die Mindestempfehlungen erfüllt (Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz, Eidgenössisches Departement für Verteidigung, Bevölkerungsschutz und Sport, 2004).

Tabelle 20: Basisempfehlung BASPO/Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz

	% der CH Bevölkerung
Trainiert Personen, die mindestens an 3 Tagen pro Woche mit körperlicher Aktivität ins Schwitzen kommen in der Freizeit.	27,0 %
Regelmäßig aktiv Personen, die sich mindestens an 5 Tagen pro Woche während einer halben Stunde bei „mittlerer“ Intensität bewegen.	8,9 %
Unregelmäßig aktiv Personen, die mit mindestens 150 Minuten Bewegung „mittlerer“ Intensität oder an 2 Tagen pro Woche mit Bewegung ins Schwitzen kommen.	26,5 %
Teilaktiv Personen, die mindestens während 30 Minuten täglich bei „mittleren“ Intensität Bewegung ausüben oder 1 Mal in der Woche durch Bewegung ins Schwitzen kommen.	19,1 %
Inaktiv Weniger oder gar keine körperliche Aktivität.	19,4 %

(Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, siehe auch: Lamprecht und Stamm, 2005)

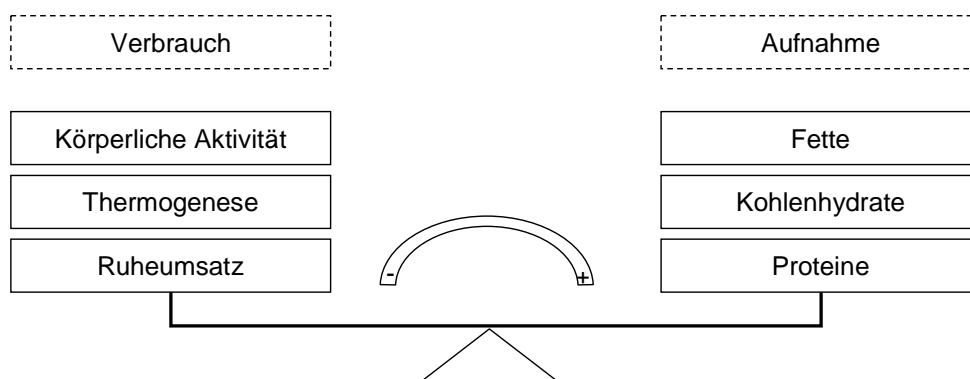
7.3 Gewicht in der Schweiz

Wie bereits in den vorherigen Kapiteln verdeutlicht, ist ein gesundes Körpergewicht maßgeblich durch eine ausgewogene Ernährung und regelmäßige Bewegung beeinflusst. Die Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Schweizer Bevölkerung entsprechen jedoch nicht in allen Bereichen den Basisempfehlungen, sondern weisen verschiedene Anzeichen eines Fehlverhaltens auf (siehe oben). So waren in der Schweiz im Jahr 2002 29,4% der Bevölkerung (> 15 Jahre) übergewichtig, 7,7% adipös. Der Prozentsatz mit einem zu hohen Körpergewicht summiert sich auf 37,1%, was ca. 2,3 Millionen Menschen betrifft (siehe auch: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002). In der Schweiz – wie auch in anderen Ländern – sind es aber nicht nur die Erwachsenen, die an Übergewicht leiden. Zimmermann (Zimmermann et al., 2004) zeigt in einer seiner Studien auf, dass ein Fünftel der 6- bis 12jährigen Kinder in der Schweiz übergewichtig sind, 7% sogar stark übergewichtig.

7.3.1 Energiebilanz: Hauptempfehlungen des Bundesamts für Gesundheit

Ein gesundes Körpergewicht ist von einer ausgeglichenen Energiebilanz abhängig (siehe oben). Ist die Energiebilanz negativ, verliert der Körper an Gewicht, ist sie positiv, so nimmt er zu. Die Höhe der ausgeglichenen Energiebilanz ist individuell verschieden (siehe auch Mannhart und Mäder, 2003). Suissebalance definiert den Energieverbrauch folgendermaßen: „Er besteht aus 3 Komponenten: 60-75% Ruheumsatz (minimaler Energiebedarf zur Erhaltung von allen lebenswichtigen Funktionen), 10% Thermogenese der Verdauung und 15-30% körperliche Aktivität (kann stark variieren)“. Die Energieaufnahme wird bestimmt durch Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme: 1 Gramm Fett liefert 9 kcal, 1 Gramm Kohlenhydrate (Zucker und Stärke) oder Proteine (Eiweiße) liefern 4 kcal und 1 Gramm Alkohol liefert 7 kcal.

Abbildung 12: Energiebilanz



(Quelle: Mannhart und Mäder, 2003)

Dysbalance I: Positive Energiebilanz als eine Ursache von Übergewicht

Es ist davon auszugehen, dass Übergewicht nicht nur von einer positiven Energiebilanz abhängt, diese aber doch einen wichtigen Faktor zur möglichen Entstehung von Übergewicht darstellt. Neben Ernährungs- und Bewegungsfaktoren beeinflussen auch Rauchen, genetische Faktoren, endogene Faktoren, sozioökonomischer Status und Bildung, Rasse, Geschlecht (Zittlau, 2003a), Alter und Stoffwechsel die Energiebilanz (Salbe und Ravussin, 2000).

Dysbalance 2: Negative Energiebilanz als eine Ursache von Untergewicht

Eine zu geringe Energieaufnahme oder eine falsche Kombination von Nahrungsmitteln und die damit verbundene ungünstige Nährstoffzufuhr können zu einem Abbau von Körpermasse (Muskeln und Fett) führen. Wie Übergewicht, ist auch Untergewicht mit erheblichen gesundheitlichen Risiken verbunden (wenn auch mit anderen).

Dysbalancen gilt es auszugleichen, um Über- oder Untergewicht zu verhindern oder wieder ein normales Körpergewicht zu erlangen. Bei einer positiven Energiebilanz ist primär davon auszugehen, dass der Energieverbrauch gesteigert und die Energieaufnahme überprüft werden sollten. Bei einer negativen Energiebilanz wird hauptsächlich die Energieaufnahme intensiviert. Generell ist anzumerken, dass jede Strategie mit einer Änderung des Lebensstils und einer Verhaltensänderung verbunden ist.

Ein Ausgleich von Dysbalancen im Energiehaushalt und die damit verbundene Normalisierung der Ernährungs- und Bewegungsverhalten ist mit psychologischen und emotionalen Problemen verbunden, die nicht zu unterschätzen sind. Essen und Ernährung sind emotionale Angelegenheiten (Canetti et al., 2001; Zittlau, 2003b). Verschiedenste Nahrungsmittel und Ernährungssituationen können Gefühle und Emotionen auslösen und beeinflussen so wiederum das Ernährungsverhalten. Wenn nun Personen (z.B. durch ihr Übergewicht) schon Probleme mit der Ernährung haben, so ist der intelligente Umgang mit Emotionen besonders wichtig (Meyer und Waller, 1997; Waller et al., 2002; Brackett et al., 2004). Emotionen und Gefühle spielen eine wichtige Rolle bei Entscheidungen in der Ernährung: „Was esse ich jetzt?“, „welches Angebot im Supermarkt suche ich aus?“ (Bodur et al., 2000).

7.3.2 Studien³⁰

Das Körpergewicht der Schweizer Bevölkerung ist Gegenstand verschiedener Studien. Es stehen zu diesem Zeitpunkt drei repräsentative Datensets zur Verfügung, die Rückschlüsse auf die Verteilung von Unter-, Normal- und Übergewicht in der Schweizer Bevölkerung zulassen. Es sind dies die Daten der Nutri-Trend Studie 2000 (Nestlé Suisse S.A., 2000), Daten aus den Schweizerischen Gesundheitsbefragungen 1992 bis 2002 und Daten (für den Fall von Kindern und Jugendlichen) aus einer Studie von Zimmermann (Zimmermann et al., 2004). Die wichtigsten Daten aus der Gesundheitsbefragung 2002 wurden weiter oben präsentiert. Weiter wurden verschiedenste kleinere Studien durchgeführt, welche im Anschluss diskutiert werden, da auch diese Hinweise zur Prävalenz von Übergewicht in der Schweiz geben (siehe Heureka Studie, 1991; LuftiBus Studie, 1993-1998 in diesem Kapitel).

7.3.2.1 Nutri-Trend Studie

Die Nutri-Trend Studie 2000 liefert Daten zum Körpergewicht und zur Körpergröße von rund 1004 Personen. Es wurden Gewicht und Größe anhand folgender Fragen erfasst: „Können Sie mir bitte sagen, wie groß Sie sind, in Zentimetern (ohne Schuhe)?“, und „Können Sie mir bitte noch Ihr ungefähres Körpergewicht sagen (ohne Kleider und Schuhe)?“. Aus den Antworten dieser Fragen wurde für jeden Befragten der entsprechende Body Mass Index ausgerechnet und aufgrund der oben aufgeführten WHO Richtlinien klassifiziert. Unter dem Titel „Adipositas“ wurden alle Befragten, die einen BMI > 30 aufwiesen zusammengefasst. Insgesamt wurden 3% der Befragten als untergewichtig, 66% als normalgewichtig, 26% als übergewichtig und 5% als adipös eingeschätzt. Diese Daten sind laut Eichholzer (Eichholzer et al., 2000) mit den Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1997 vergleichbar.

30 Die Studien, welche Aussagen zur Verteilung von Übergewicht in der Schweiz machen, basieren fast ausnahmslos auf Selbstmessungen des Körpergewichts und der Körpergrösse der Befragten. Die Daten aus der Schweiz sind deshalb nur bedingt mit Daten aus anderen Studien – z.B. den USA – vergleichbar, welche nicht auf Selbstmessungen basieren. Studien aus der Schweiz weisen tendenziell zu geringe Übergewichts- und Adipositasraten auf (bedingt durch die Selbstmessung).

7.3.2.2 Übergewicht und Adipositas in 6-12jährigen Kindern in der Schweiz

Dr. med. Michael Zimmermann war Leiter der Studie „Overweight and obesity in 6-12 year old children“. Es wurden im Jahre 1999 Daten bei insgesamt 2600 Kindern aus der ganzen Schweiz im Alter von 6 bis 12 Jahren erhoben und diese anhand eines alters- und geschlechtsspezifischen BMI ausgewertet (Zimmermann et al., 2004). Dazu wurde bei jedem Kind das Körperfett gemessen. Bei den Mädchen waren 19,1% und bei Knaben 16,7% übergewichtig. Die Prävalenz von übergewichtigen Kindern in der Schweiz liegt derzeit laut Zimmermann noch unter den Richtwerten von Großbritannien und den USA, die beide eine hohe Rate von Übergewicht bei Kindern aufweisen (Baumgartner, 2003). Vor allem was Adipositas bei Kindern betrifft, waren es in der Schweiz 1999 rund 4% der 6-12 jährigen Kinder, in den USA rund 10%.

Abbildung 13: Prävalenz Übergewicht / Adipositas bei Schweizer Knaben in %

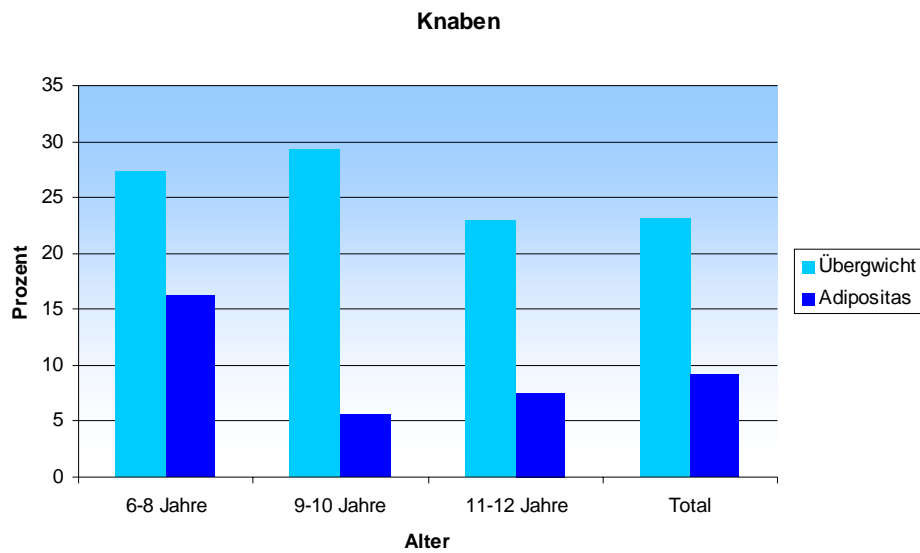
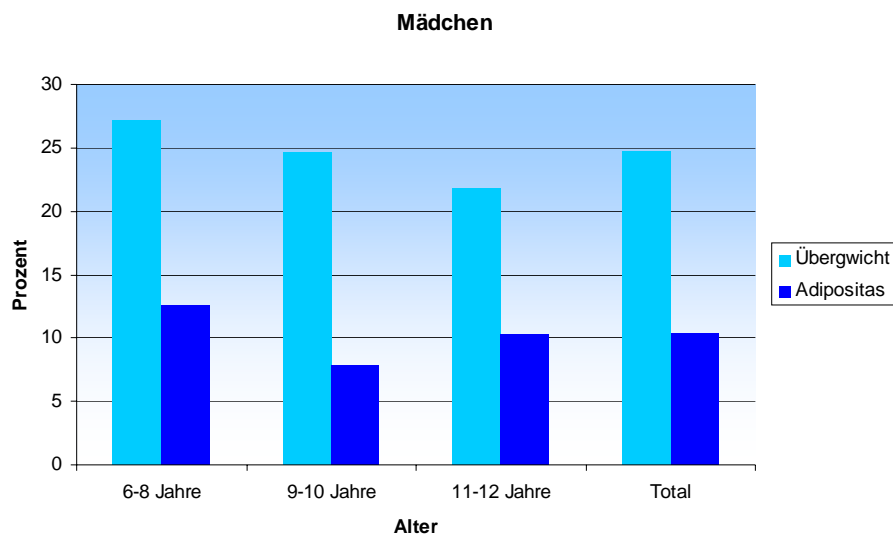


Abbildung 14: Prävalenz Übergewicht / Adipositas bei Schweizer Mädchen in %



7.3.2.3 Heureka Studie

Für diese Studie wurden im Jahr 1991 die Besucher der Heureka Forschungsausstellung (Alter von über 20 Jahren) mittels eines Fragebogens über verschiedene kardiovaskuläre

Risikoparameter befragt, darunter Körpergewicht und Körpergröße. Die Resultate der Heureka Studie zeigen die geringsten Prävalenzzahlen für Übergewicht in der Schweiz (Suter et al., 1993). Dies scheint auf das Studiendesign zurückzuführen zu sein, wobei eher eine gesundheitsorientierte, sozioökonomisch höher gestellte Gruppe befragt wurde (eher Personen, die eine Forschungsausstellung besuchen) (Schneider und Schmid, 2004).

Tabelle 21: Resultate Heureka Studie 1991

(Suter et al., 1993)

	BMI 25-29,9		BMI ≥ 30	
	Frauen %	Männer %	Frauen %	Männer %
20-29	5.5	14.3	0.6	0.8
30-39	9.0	25.7	2.0	2.8
40-49	16.0	36.6	2.8	3.8
50-59	23.5	42.2	4.7	5.6
60-69	24.0	42.5	3.9	5.3
70-79	25.7	45.7	4.8	3.9
80 plus	20.5	27.4	6.4	6.0
Total	24.2		3.4	

7.3.2.4 LuftiBus Studie

Die Daten zur Prävalenz von Übergewicht aus dem LuftiBus Projekt (1993-1998) beziehen sich auf den Kanton Zürich, sind aber unter Vorbehalt auf die ganze Schweiz übertragbar. In diesem Projekt wurden 30'598 Personen im Alter von 20 oder mehr Jahren befragt und Parameter wie Körpergröße und Körpergewicht erhoben (siehe auch Egger et al., 2001). Die Gesamtprävalenz für Adipositas liegt bei 6,8% und für Übergewicht bei 28,8%.

Tabelle 22: Resultate LuftiBus Studie 1993-1998

(Egger et al., 2001)

	BMI 25-29,9		BMI ≥ 30	
	Frauen %	Männer %	Frauen %	Männer %
20-29	8.9	15.6	2.2	1.9
30-39	13.6	28.2	4.2	4.2
40-49	19.3	37.3	5.1	6.3
50-59	26.4	44.1	9.0	8.4
60-69	35.4	49.2	12.4	10.2
70-79	39.6	48.5	13.1	10.0
80-89	36.9	39.1	10.2	8.6
90-99	26.3	36.0	15.8	0.0
Total	28.8		6.8	

7.3.2.5 Vergleiche Prävalenzzahlen Übergewicht und Adipositas in verschiedenen Studien

Laut Schneider und Schmid (2004) finden die oben präsentierten Studien zu Übergewicht und Adipositas verschiedene Prävalenzzahlen. Eine Übersicht soll im Folgenden präsentiert werden.

Tabelle 23: Übergewicht (BMI 25-29,9)

	Frauen %	Männer %	Total %
Heureka 1991	16.5	32.6	24.2
SGB 1992/1993	18.3	34.0	25.9
LuftiBus 1993-1198	22.8	35.3	28.8
SGB 1997	21.5	36.0	28.5
Nutri-Trend 2000	19.0	32.0	26.0
SGB 2002	21.8	37.5	29.4

Tabelle 24: Adipositas (BMI ≥ 30)

	Frauen %	Männer %	Total %
Heureka 1991	3.2	3.7	3.4
SGB 1992/1993	5.0	6.3	5.6
LuftiBus 1993-1198	7.2	6.3	6.8
SGB 1997	7.1	6.8	7.0
Nutri-Trend 2000	4.0	6.0	5.0
SGB 2002	7.5	7.9	7.7

Tabelle 25: Total (BMI > = 25)

	Frauen %	Männer %	Total %
Heureka	19.7	36.2	27.6
SGB 1992/1993	23.3	40.3	31.5
LuftiBus 1993-1198	30.1	41.5	35.6
SGB 1997	28.6	42.8	35.5
Nutri-Trend 2000	23.0	38.0	31.0
SGB 2002	29.3	45.4	37.1

Für die Tabellen Übergewicht und Adipositas weist die Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002 die höchsten Prävalenzzahlen auf, während in der Tabelle Total (BMI >= 25) die LuftiBus Studie mit 35,6% die höchste Prävalenz widerspiegelt.

8 Zusammenfassung Kapitel B

Dieses Kapitel hatte nach einer Einführung im Sinne einer internationalen Perspektive auf die Ernährungs-, Bewegungs- und Gewichtsproblematiken zum Ziel aufzuzeigen, wie sich Schweizerinnen und Schweizer bezüglich den Themen Ernährung, Bewegung und Gewicht verhalten, was sie allenfalls dazu wissen, und wo konkreter Handlungsbedarf zur Verbesserung der Ernährungs- bzw. Bewegungssituation besteht. Dies nicht nur auf der Seite der Benutzer von Produkten und Dienstleistungen. So wurde für das konkrete Beispiel der Schweiz aufgezeigt, wie auf einer gesundheitspolitischen Ebene Richtlinien (zu Ernährung und Bewegung) formuliert werden, welche durch eine angemessene Promotion und ausreichend gesundheitsfördernde Maßnahmen in der Bevölkerung breiten Anklang finden und somit auch in den Alltag integriert werden sollten.

Auf der Angebotsseite überschwemmen ein immer größeres Angebot an Nahrungsmitteln und Getränken, ständig wechselnde Produkte und Produkttypen wie Fastfood, Convenience/Functional Food³¹ und Produkte, die einem eine noch bessere Gesundheit versprechen – so automatisch zu mehr Wohlbefinden beitragen sollen – (Sigrist, 2006), den Markt (siehe Kapitel A). Viele der so angepriesenen Nahrungsmittel haben einen zu hohen Fett- oder Zuckeranteil, bestehen aus leeren Kalorien. Diese Nahrungsmittel sind auch genau diese, die im Vergleich zu Gemüse und Früchten wenig kosten, einfach zugänglich und sofort zu verzehren sind.

Es ist nicht verwunderlich, dass es in einem solchen Markt nicht für alle Menschen gleich einfach ist, den Überblick zu bewahren und sich trotz der vielen Angebote noch gesund und ausgewogen zu ernähren. Dies drückt sich auch in den Resultaten der oben beschriebenen Studien, speziell zum Ernährungsverhalten in der Schweizer

31 Functional Food: Lebensmittel, denen neben ernährungsphysiologischen Werten zusätzliche, gesundheitsfördernde oder gesundheitserhaltende Wirkungen zugeschrieben werden. / Convenience Food: Fertighenüs oder Fertighenükomponenten, die ausschliesslich auf Verzehrttemperatur erwärmt werden müssen.

Bevölkerung, aus. Immer mehr Menschen ernähren sich aus unterschiedlichen Gründen ungesund und bewegen sich zu wenig. Viele meinen zwar, dass sie genug über gesunde Ernährung wissen, sich ausreichend gesund ernähren und dementsprechend gesund sind, die Zahlen über das tatsächliche Verhalten (z.B. Ernährung) sprechen aber eine andere Sprache. Dasselbe Bild zeigt sich zum Bewegungsthema. Schweizerinnen und Schweizer bewegen sich zu einem Grossteil nicht genug, damit dies der Gesundheit förderlich sein würde.

Fehlernährung und Bewegungsmangel beeinflussen die Energiebilanz ungünstig und tragen maßgeblich zu einem überhöhten Körpergewicht bei. Diverse Studien, welche in der Schweiz über die letzten Jahre durchgeführt wurden zeigen sehr deutlich auf, dass die in der Schweiz lebenden Personen immer dicker werden, was das Gesundheitswesen in der Schweiz jährlich mit über 2 Milliarden Franken belastet.

Es scheint, als seien gesunde Ernährung und gesundheitswirksame Bewegung noch weit weg von jeglichem Bewusstsein bei den Schweizerinnen und Schweizern und der Risikofaktor Übergewicht bleibt für die Schweiz problematisch. Beunruhigend ist auch die steigende Anzahl von übergewichtigen Kindern, denn Übergewicht im Jugendalter zieht sich oft durch das ganze Leben.

Es stellt sich die Frage, was dem oben beschriebene Fehlverhalten bezüglich Ernährung und Bewegung bei Schweizerinnen und Schweizern vorhergeht? Ist es zu wenig Wissen, die fehlende Motivation, oder gesamthaft gesehen die fehlende Fähigkeit, kompetent mit den Themen Ernährung, Bewegung und Gewicht umzugehen? Um diesen Fragen ein Stück näher zu kommen führt das nächste Kapitel den Leser in die Thematik der Gesundheitskompetenz – die Fähigkeit, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken (Kickbusch und Maag, 2005) – ein.

Gesundheitskompetenz – in der angelsächsischen Tradition als Health Literacy benannt – ist ein relativ neues Feld in der Gesundheitsforschung. Es werden deshalb die Anfänge

der Health Literacy Forschung erläutert um das Forschungsfeld der Health Literacy Forschung abzugrenzen. Das Kapitel dient weiter dazu, dem Leser das Feld der Health Literacy Forschung breit darzulegen und im nachfolgenden Kapitel D dann konkret auf die empirische Studie, welche Gesundheitskompetenz für spezifische Gesundheitsbereiche wie Ernährung, Bewegung und Gewicht untersucht, einzugehen.

C – Gesundheitskompetenz

Dieses Kapitel will dem Leser eine Übersicht über das Thema Gesundheitskompetenz, in der angelsächsischen Tradition als Health Literacy bezeichnet,³² geben. Health Literacy ist ein Begriff, der ca. seit den 80er Jahren in der Forschung anzutreffen ist. Damals wurde speziell *Literacy*, die *Lese- (und Schreib)fähigkeit*, in einem medizinischen Kontext (*Health*) angewendet.³³ Seit der Mitte der 80er Jahre testeten Ärzte und Forscher an medizinischen Fakultäten Patienten auf deren Fähigkeit, behandlungsrelevante Informationen wie Beipackzettel, Terminkarten oder Medikamentenrezepte zu lesen. In der Folge wurden immer mehr Studien zum Zusammenhang von *Literacy* und *Health*, zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen oder zur Einhaltung von Medikationen durchgeführt. Im Januar 2000 hat Rima Rudd (Rudd et al., 1999) im Rahmen der *Annual Review of Adult Learning and Literacy* eine Bibliographie der medizinischen und Public Health Literatur veröffentlicht, welche sich auf Publikationen zum Thema *Literacy* zwischen 1990 und 1999 konzentriert (Zobel, 2002). Ihre Analyse zeigt, dass in Medizin und Public Health ein immer größeres Interesse für *Literacy* zu verzeichnen war. Mit wachsenden Erkenntnissen über den Zusammenhang zwischen *Literacy* und *Health* hat sich auch das Verständnis von *Health Literacy* geändert. Der Begriff entwickelte sich weiter und wurde im Laufe der 90er Jahre als eine *funktionale Kompetenz* verstanden, die das *Verstehen von Gesundheitsinformation* (limitiert auf den medizinischen Kontext) einschließt. Die erste systematische Studie zu Health Literacy in den 90er Jahren, welche auf Pub Med (MEDLINE®)³⁴ abrufbar ist, ist eine Studie von Parker (Parker et al., 1995). In dieser Studie definiert Parker Gesundheitskompetenz als: „*Functional health literacy means being able to apply literacy skills to health-related materials such as prescriptions, appointment cards, medicine labels, and directions for home health care*“ (Parker et al., 1995, S. 1), und stellt erstmals ein Instrument zur Messung von funktionaler Gesundheitskompetenz vor, den *Test of Functional Health Literacy in Adults* (TOFHLA) (siehe Kapitel C-10.4). Heute werden unter dem Begriff Health

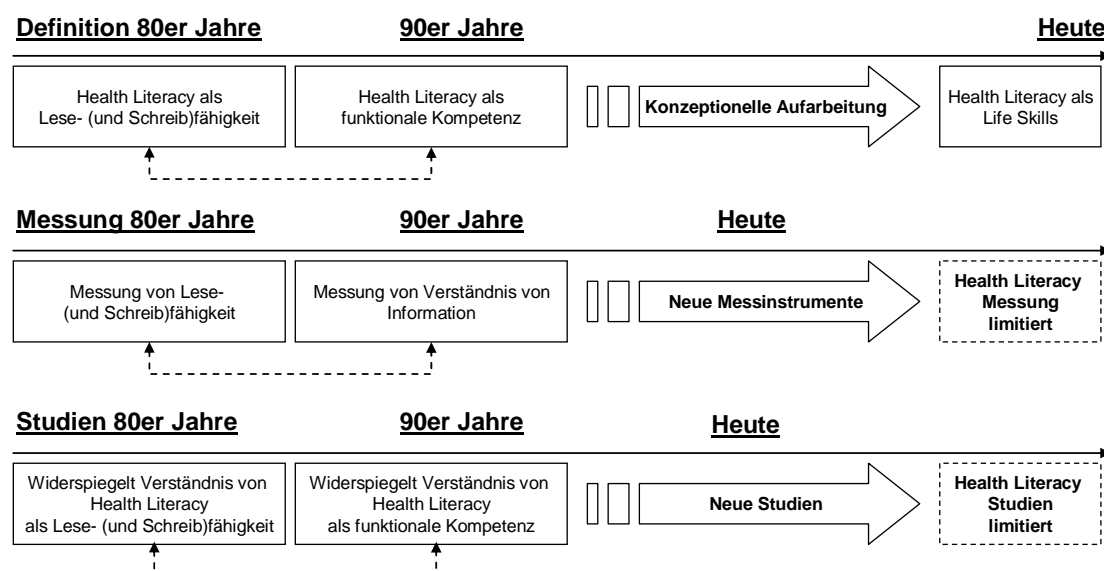
32 In der Folge werden diese beiden Termini abwechselungsweise als gleichbedeutend verwendet.

33 Literacy wird von der UNESCO definiert als: „The ability to read and write a simple statement about one's everyday life and do simple mathematical calculations“ (UNESCO, 2006, S. 6).

34 Suche nach Studien mit dem Begriff „Health Literacy“ im Titel.

Literacy eine Vielzahl von Fähigkeiten, Wissen und so genannte *Life Skills* zusammengefasst. So entwickelte sich auf der einen Seite seit den Anfängen der Health Literacy Forschung die Definition hin zu einem immer umfassenderen Konzept, auf der anderen Seite spiegeln Studien, welche über die Jahre zu Health Literacy durchgeführt wurden, die Entwicklung in der Auslegung des Konzepts wieder.

Abbildung 15: Entwicklungen in der Health Literacy Forschung



Die Abbildung illustriert, dass sich seit den 80er Jahren die Konzeption von Gesundheitskompetenz weiterentwickelt hat. Die Messung von Gesundheitskompetenz widerspiegelt bis zu einem bestimmten Punkt die Entwicklungen in der Konzeption, wobei die neuesten Definitionen von Gesundheitskompetenz noch nie oder nur sehr selten in empirischen Studien angewendet worden sind. Diese Tendenz überträgt sich auch auf die dritte Zeile der Abbildung, welche besagt, dass im Moment an Studien gearbeitet wird, die versuchen, neue Konzeptionalisierungen von Gesundheitskompetenz zu operationalisieren (so auch die Studie, welche im Rahmen der vorliegenden Dissertation durchgeführt wurde, siehe Kapitel D). Dies will aber nicht heißen, dass nicht auch heute noch Studien durchgeführt werden, welche denen aus den Anfängen der Health Literacy Forschung gleichen und z.B. die Verbindung zwischen

Gesundheitskompetenz (gemessen mit traditionellen Messinstrumenten zur Erfassung von Lese- (und Schreib)fähigkeit oder funktionaler Kompetenz) und dem Verständnis von Beipackzetteln für neue Diabetesmedikamente testen (siehe z.B. Sudore et al., 2006).

Dieses Kapitel führt den Leser durch die drei in der Abbildung präsentierten Entwicklungen. Als erstes wird die Evolution der Definitionen von Gesundheitskompetenz aufgezeigt.³⁵ In einem zweiten Teil wird beleuchtet, welche Studien bisher mit einem Verständnis von Gesundheitskompetenz, welches sich auf Lese- (und Schreib)fähigkeit oder auf eine funktionale Kompetenz limitiert, durchgeführt worden sind. Dieser Teil fasst unter anderem relevante Studien so zusammen, wie sie bestimmten pathogenen Situationen (Krebs, HIV/AIDS, Diabetes, chronische Krankheiten) zugeordnet oder für bestimmte Personengruppen (z.B. alte Menschen) angewendet werden können (siehe auch Maag, 2005). Ein dritter Teil, welchem ein ganzes Unterkapitel gewidmet ist (siehe Kapitel C-10), erarbeitet die unterschiedlichen Messinstrumente, welche zur Erfassung von Health Literacy (basierend auf dem jeweiligen Verständnis des Konzepts) entwickelt worden sind. Neben Messinstrumenten für *Health Literacy* werden in diesem Kapitel auch große nationale *Literacy* Erhebungen vorgestellt, welche im Zusammenhang mit dem Thema Messung von (Gesundheits)kompetenz relevant sind.

Ein separates Kapitel wird über die Förderung von Health Literacy berichten. Es existieren wenige Interventionsstudien zur Förderung von Gesundheitskompetenz, welche sich maßgeblich an eine *Literacy*-lastige Konzeption von Gesundheitskompetenz anlehnen (siehe Kapitel C-11).

35 Der Leser sei darauf aufmerksam gemacht, dass diese Entwicklung nicht strikte chronologisch verlief und Überschneidungen oder Wiederholungen deshalb möglich sind. Diese Überschneidungen sind in Abbildung 15 mit Doppelpfeilen auf der linken Seite gekennzeichnet. Die Überschneidungen charakterisieren die Entwicklungen in der Definition von Gesundheitskompetenz wie auch Entwicklungen in der Messung und der Studien zum Thema.

9 Gesundheitskompetenz definieren

9.1 Von Literacy zu Health Literacy

Literacy wird traditionellerweise verstanden als die Fähigkeit zu lesen und zu schreiben und einfache Rechenaufgaben durchführen zu können (UNESCO, 2006). Diese Konzeption weiter ausgedehnt verbindet *Literacy* mit dem Kontext, in welchem jemand eingebunden ist, sowie mit einer „Handlungskomponente“. Denn *Literacy* ist ein: „complex set of abilit[ies] to use the dominant symbol system of a culture for personal and community development [...]“ (CLQ, 2000). Seit den 80er Jahren und speziell seit der Mitte der 90er Jahre wächst das Interesse an einer ganz speziellen Art von *Literacy*, der *Health Literacy*, die dazu nötig ist, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden: Die Gesundheitskompetenz (Parker et al., 1995).³⁶

Gesundheitskompetenz wurde auf verschiedene Arten konzipiert und verstanden. Das Center for Healthcare Strategies Inc. (2000, S. 1) schlägt eine funktionale Definition vor: „*Health literacy is the ability to read, understand, and act on health care information.*“ Ein immer komplexer werdendes Gesundheitssystem und die Schwierigkeiten, welche Menschen bei der *Gesundheitsnavigation* antreffen, lässt jedoch darauf schließen, dass Gesundheitskompetenz mehr ist, als nur lesen und schreiben zu können und einfache Gesundheitsinformation umzusetzen (Kickbusch und Ratzan, 2001; Cutili, 2005b).

Von der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1998) wird Gesundheitskompetenz definiert als die Gesamtheit der kognitiven und sozialen Fertigkeiten, welche die Menschen motivieren und befähigen, ihre Lebensweise derart zu gestalten, dass sie für die Gesundheit förderlich ist (Nutbeam, 2000). Zu diesen Fähigkeiten gehören der

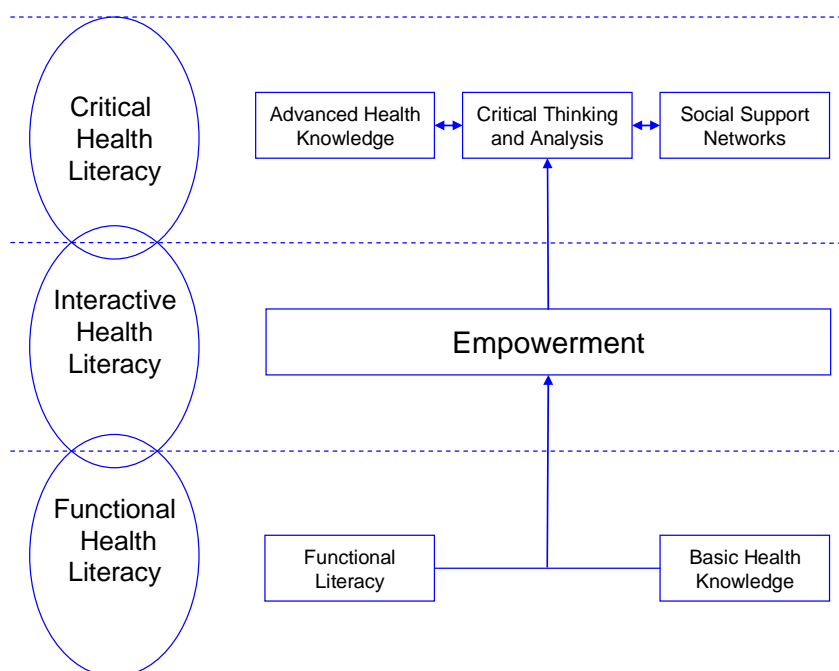
36 Eine am 13. Mai 2006 durchgeführte Abfrage der PubMed (MEDLINE®) Datenbank mit dem Suchwort „Health Literacy“ (im Titel) ergab, dass zwischen dem 1.1.1980 und dem 31.12.1999 19 Studien zum Thema Health Literacy in entsprechenden Fachzeitschriften publiziert worden sind. Zwischen dem 1.1.2000 und dem 31.12.2005 waren es 161 Publikationen, was für einen Anstieg des Interesses an Health Literacy in der Forschung seit den Anfängen des Jahres 2000 spricht.

Zugang zu, das Verstehen von, sowie ein konstruktiver Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen.

Im Rahmen der US Healthy People 2010 Ziele wird Gesundheitskompetenz als: “the degree to which individuals have the capacity to obtain, process, and understand basic health information and services needed to make appropriate health decisions” definiert (USDHHS, 2000). Zarcadoolas sieht Gesundheitskompetenz als ein Konzept, welches eine Person ermächtigt, “[...] *to use health concepts and information generatively* [...]” (Zarcadoolas et al., 2003; Zarcadoolas, 2005, S. 2). Sie schlägt ein neues Modell vor, welches verschiedene Typen von Literacies enthält: fundamental literacy, science literacy, civic literacy, and cultural literacy. Nutbeam (Nutbeam, 2000) hat weiter ein Modell für Gesundheitskompetenz entwickelt, welches sich stark an Überlegungen aus Theorien von Public Health und der Gesundheitsförderung anlehnt. Nutbeam’s Modell beinhaltet drei verschiedene Ebenen (Tones, 2002): *Functional*, *interactive* und *critical* Health Literacy. Die funktionale Ebene bezieht sich auf die Lese- (und Schreib)fähigkeit, welche es jemandem ermöglicht, im Gesundheitssystem zu existieren. Auf einer funktionalen Ebene ist jemand befähigt, einfache Informationen zu Gesundheit zu lesen, sich schriftlich einfach auszudrücken und das Gesundheitssystem zu benutzen. Die interaktive Ebene umfasst fortgeschrittene kognitive Fertigkeiten, sowie soziale Kompetenzen, die dazu da sind, im Gesundheitssystem eine aktive Rolle einzunehmen. Weiter sollen auf einer interaktiven Ebene verschiedenste Formen der Gesundheitskommunikation verstanden, und Informationen an Veränderungen angepasst und neu interpretiert werden. Die Informationsbeschaffung, der kommunikative Austausch und die Umsetzung von Informationen im Alltag und im sozialen Umfeld werden wichtig. Auf der interaktiven Ebene wird eine ausgereifte Art des Wissens angesiedelt, wo auch der Begriff des Empowerment wichtig wird. Empowerment beschäftigt sich mit der Entwicklung und Verbesserung der Fähigkeit der Menschen, ihre soziale Umwelt und ihr Leben so zu gestalten, wie sie es wünschen, anstatt sich gestalten zu lassen (Stark, 2003). Bezogen auf die Gesundheit heisst das, dass Menschen eigenverantwortlich mit ihrer Gesundheit umgehen und ihre soziale Umwelt so einbeziehen, dass diese der Gesundheit förderlich ist. „In der Gesundheitsförderung

bezeichnet man mit Empowerment einen Prozess, durch den Menschen eine größere Kontrolle, [Kompetenz] über [ihre] Entscheidungen und Handlungen gewinnen, die ihre Gesundheit beeinflussen“ (WHO, 1998). Diese Ebene appelliert an die Fertigkeiten, die dazu gebraucht werden, Informationen aus dem Gesundheitssystem zu analysieren und zu beurteilen und dadurch persönliche Kompetenzen zu fördern. Weiter sollen Personen auf dieser Ebene einen Einfluss auf soziale und wirtschaftliche Determinanten der Gesundheit haben und politische Aspekte des Gesundheitssystems verstehen. Es soll eine Auseinandersetzung mit Empfehlungen für eine gesunde Lebensführung stattfinden. Nutbeam argumentiert, dass Gesundheitskompetenz eine komplexe Einheit von Eigenschaften und Fähigkeiten ist, welche es Personen erlaubt, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden (Fetter, 1999; MC Cray, 2005).

Abbildung 16: Health Literacy Ebenen



(Quelle: Kickbusch basierend auf Nutbeam, 2000)

Wissen nimmt in dem präsentierten Modell eine zentrale Rolle ein, da unter anderem der Wissenstand (gesundheitsbezogen) einer Person Aufschluss darüber geben kann, auf welcher Ebene sie sich befindet. Wissen wird nicht nur als faktbezogenes Wissen gesehen, sondern es werden auch soziale und kulturelle Aspekte miteinbezogen. Die Wissensbildung ist z.B. durch soziale Kontakte und die Interaktion mit anderen Menschen beeinflusst und je nach dem kulturellen Hintergrund unterschiedlich. Es ist weiter davon auszugehen, dass ab einem bestimmten Wissensstand und ab einem bestimmten Level von sozialer Kompetenz, jemand fähig ist, sich mit den richtigen Einstellungen im Gesundheitssystem zu bewegen. Durch individuelles Empowerment erlangt jemand die Fähigkeit, sich konstruktiv mit Informationen auseinanderzusetzen. Wünschenswert ist das Vorhandensein von allen drei Ebenen. Laut Nutbeam (2000) sollte es das Ziel sein, dass Personen Verantwortung für ihr Tun und Handeln übernehmen, positiv auf gesundheitsförderndes Verhalten eingestellt sind und sich so konstruktiv mit der eigenen Gesundheit und mit Gesundheitsinformationen, von denen sie umgeben sind, auseinandersetzen.

Aus den Ausführungen zum Health Literacy Modell von Nutbeam geht hervor, dass Gesundheitskompetenz als der Schlüssel eines gesundheitsfördernden Verhaltens jedes einzelnen verstanden werden kann. Bei Gesundheitskompetenz handelt es sich um eine globale Herausforderung des 21. Jahrhunderts (Nutbeam und Kickbusch, 2000).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass aufgrund der präsentierten Definitionen und eines ersten Health Literacy Modells jemand mit einem angemessenen Grad von Health Literacy das Wissen, die Kompetenzen, die Erfahrungen und die Einstellungen hat, um mit seiner Gesundheit Tag für Tag in einem ihr förderlichen Rahmen umzugehen. Diese Gesundheitskompetenz umfasst unter anderem das Wissen, wann ein Kontakt mit dem Gesundheitssystem nötig ist und wie man sich im Gesundheitssystem bewegt. Sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden beinhaltet auch, Gesundheitsinformationen unterschiedlichster Art zu verstehen und dementsprechend verantwortlich zu handeln, gesundheitsfördernde Entscheidungen zu fällen und ein gesundes Leben zu führen.

Aspekte des sozialen und kulturellen Lebens gehören genauso zu einem gesundheitsfördernden Verhalten wie rein wissensbasierte Komponenten.

9.2 Health und Health Literacy

Dieses zweite Unterkapitel fasst Resultate von bisherigen Studien zum Thema Gesundheitskompetenz zusammen. Es basiert auf einem im Juli und August 2005 von der Autorin erarbeiteten, umfassenden Literaturbericht. Die Resultate dieses Berichts sind in einem Artikel in *Studies in Communication Sciences* publiziert worden (siehe Maag, 2005). Es wurde für den Zeitraum vom 1. Januar 1995 bis zum 20. Juli 2005 systematisch auf PubMed (MEDLINE®) nach Artikeln mit dem Suchkriterium „Health Literacy“ im Titel gesucht. Mit dieser systematischen Suche wurden 145 verwendbare Artikel gefunden.³⁷ Zusätzlich wurden Datenbanken wie ISI Web of Science, ERIC und PsychINFO für Recherchen verwendet. Die Referenzen von führenden Health Literacy Publikationen wurden weiter zur Literatursuche beigezogen. Die folgenden Ausführungen limitieren sich auf Konzeptionen von Health Literacy im Sinne einer Lese- (und Schreib)fähigkeit oder einer funktionalen Kompetenz.³⁸

In modernen Gesundheitsgesellschaften wird von Bürgerinnen und Bürgern in ihrer Rolle als Konsumenten von Gesundheitsprodukten- und Dienstleistungen viel verlangt (siehe auch Kapitel A). Es wird erwartet, dass sie fähig sind, stichhaltige Entscheide für ihre und die Gesundheit anderer zu fällen. Dieser Aussage liegt die irreführende Annahme zu Grunde, dass die Fähigkeiten, die Bürgerinnen und Bürger für ein

37 Artikel, welche den Begriff „Mental Health Literacy“ im Titel verzeichneten, sind von dieser Zahl bereits ausgeschlossen.

38 Ziel dieses ersten Teils von Kapitel C ist es, dem Leser eine Gesamtübersicht über die mit Health Literacy in Verbindung stehenden Problematiken aufzuzeigen. Was für Instrumente zur Messung von Gesundheitskompetenz (basierend auf der jeweiligen Konzeption) angewendet wurden, ist in diesem ersten Teil nicht relevant. Wenn nicht anders vermerkt, ist unter Health Literacy ein auf einem funktionalen Verständnis basierendes Konzept zu verstehen (siehe oben). In einem zweiten Teil dieses Kapitels wird zwischen Studien unterschieden, die Health Literacy als eine Lese- (und Schreib)fähigkeit, beziehungsweise als eine funktionale Kompetenz verstanden haben, und der Leser wird nochmals auf Abweichungen aufmerksam gemacht.

kompetentes Handeln auf dem Markt oder im Gesundheitssystem brauchen, schon vorhanden sind. In der Realität sind diese Fähigkeiten jedoch nicht konsistent vorhanden und die Forschung macht darauf aufmerksam, dass ein markanter Unterschied zwischen den vorhandenen und „verlangten“ Kompetenzen besteht. Laut einer in den USA durchgeführten Studie (siehe NALS: US National Adult Literacy Survey (Kirsch et al., 1993)) besitzen 21% der Amerikaner nicht die Kompetenzen, die dazu nötig sind, normal und ohne Einschränkungen am gesellschaftlichen Leben teilnehmen zu können. Sie können z.B. an einer Busstation den Fahrplan nicht lesen und verstehen oder sie können im Restaurant kein Trinkgeld in der Höhe von 10% berechnen. Im Supermarkt ist es diesen Personen nicht möglich, die Nährstoffangaben auf Packungen zu finden und zu evaluieren, ob ein Produkt Zucker enthält oder nicht. Weitere 27% lesen (in Englisch), schreiben und reden oder lösen grundlegende mathematische Probleme ungenügend, um ihre Arbeit ohne Beeinträchtigungen ausführen, in der Gesellschaft existieren, ihre Ziele erreichen sowie ihr Potential entwickeln zu können. Analysen zum Thema Gesundheitskompetenz, welche auf der Basis der Resultate von NALS durchgeführt wurden, zeigen, dass etwa die Hälfte der US Bevölkerung nicht genügend gesundheitskompetent ist (siehe auch Health Activities Literacy Scale (HALS), Kapitel C-10.5) (Rudd et al., 2004).

Eine geringe Lese- (und Schreib)fähigkeit und Gesundheit stehen in enger Verbindung, speziell eine unzureichende Lese- (und Schreib)fähigkeit und physische Gesundheit (Weiss, 2001; Berkman et al., 2004; Howard et al., 2006). Eine geringe Gesundheitskompetenz trägt zudem maßgeblich zu gesundheitlicher Ungleichheit bei (Sentell und Halpin, 2006). Personen mit unzureichender Gesundheitskompetenz charakterisieren sich durch ein geringeres Wissen über Gesundheit, Krankheit und Pflege (Parker et al., 1996; Williams et al., 1998a; Williams et al., 1998b; Kim, 2001; Weiss, 2001). Eine geringe funktionale Gesundheitskompetenz hat Folgen für die eigene Gesundheit (Brown et al., 2003). Rudd und Horowitz (2005) berichten über die Verbindung von geringer Lese- (und Schreib)fähigkeit und dentaler Gesundheit. Personen mit einer geringen Gesundheitskompetenz haben Mühe, mündliche und

schriftliche Informationen von Grundversorgern (z.B. Ärzten, Therapeuten) – welche selten sensibel für mangelnde funktionale Gesundheitskompetenz sind (Montalto und Spiegler, 2001) – zu verstehen und nach deren Empfehlungen zu handeln (z.B. Dosierungen für Medikamente beachten) (Williams et al., 1995; Parker und Jacobson, 2000). Personen mit einer unzureichenden Health Literacy tun sich schwer, sich im Gesundheitssystem zu bewegen. Sie beziehen häufiger finanzierte Gesundheitsdienstleistungen (sind z.B. auf finanzielle Unterstützung für einen Krankenhausaufenthalt angewiesen), verursachen höhere Gesundheitskosten (haben z.B. eine längere Aufenthaltsdauer im Krankenhaus, bedingt durch Probleme in der Behandlung/Interaktion mit Fachpersonal/Einhaltung der Medikation), sind weniger gesund (kennen z.B. Vorsorgeuntersuchungen nicht und werden deshalb häufiger schwerer krank), haben eine höhere Einlieferungsrate ins Krankenhaus (tendieren z.B. dazu, eher ins Krankenhaus – Notfallstation – als zum Arzt zu gehen) und sind weniger empfänglich für präventive Maßnahmen (haben z.B. Verständnisprobleme bei Informationen über präventives Verhalten) (Joint Committee in National Health Education Standards, 1995; Baker et al., 1997; Baker et al., 1998; Williams et al., 1998a; Williams et al., 1998b; Schillinger et al., 2002; Berkman et al., 2004; Vastag, 2004; Lindau, S. et al., 2006).

In Kanada konnte vom „Movement for Canadian Literacy“ eine enge Verbindung zwischen Literacy und Gesundheit festgestellt werden. Fast 50% der Kanadier können nicht ausreichend lesen und einfache Rechenaufgaben lösen, 22% haben Probleme, schriftliches Material zu verstehen (Canadian Health Network, 2005).

Kompetenzen, welche laut bisherigen Health Literacy Forschungen vorhanden sein müssen, um gesundheitskompetent zu sein, sind die Fähigkeit, Einverständniserklärungen, medizinische Produktbeschreibungen und Packungsbeilagen zu lesen, sowie geschriebene und gesprochene Sprache zu verstehen. Weiter kommt hinzu, dass zu einem kompetenten Umgang mit Gesundheit gehört, dass man aufgrund von Gesundheitsinformationen handelt und wenn nötig gemachte Anweisungen befolgt

(Andrus und Roth, 2002). Gesundheitsinformationen zu verstehen und ihnen entsprechend zu handeln, ist für viele Personen schwierig bis unmöglich, denn Informationen sind oft nicht benutzerfreundlich gestaltet, unverständlich formuliert (Buchbinder et al., 2001; Kripalini und Weiss, 2006) oder gar widersprüchlich (Leaffer, 2001). Oft sind es Informationen aus dem Internet, die nicht benutzerfreundlich gestaltet sind (Berland et al., 2001; Smart und Burling, 2001). Weiter sind Gespräche mit Fachpersonal für viele Patienten ein Problem, da sie eher verwirrend als klärend sein können (Hochhauser, 2003; Faguy, 2004). Mehrere Studien weisen darauf hin, dass die meisten Gesundheitsinformationen, die in den USA verbreitet werden, für einen großen Teil der Bevölkerung gar nicht erst verständlich sind (Ad Hoc Committee on Health literacy, 1999; Rudd et al., 2004). Laut Sudore (Sudore et al., 2006) sollten Bestrebungen laufen, um die Komplexität von Gesundheitsinformationen zu reduzieren und gleichzeitig Patienten auszubilden.

Komplexe medizinische Informationen können auch für gut Gebildete mit genügend Lese- (und Schreib)fähigkeit ein Problem darstellen (Merriman et al., 2002). Es ist nicht gesagt, dass man mit einer hohen Schulbildung Gesundheitsinformationen ausreichend versteht. Dies weist auf die Komplexität des Informationsangebots und die Schwierigkeit der Anforderungen, die an Benutzer des Gesundheitssystems und von Gesundheitsinformationen gestellt werden hin (Edmunds, 2005; Cotunga et al., 2005; Eagle et al., 2005; Kang et al., 2005). Ärzte und Fachpersonal sollten sich den Problemen ihrer Patienten bewusst sein und ihre Publikationen in einer *einfachen* Sprache schreiben (Kellerman und Weiss, 1999; Roter et al., 1999; Estrada et al., 1999; Parker und Gazmararian, 2003). Die Sprache, die medizinisches Personal aber benutzt, ist häufig eine Barriere zu einem zufrieden stellenden Gesprächsverlauf (Williams et al., 2002). Oft versteht Fachpersonal nicht, dass was ihnen klar erscheint, für Patienten verwirrend sein kann (Carmona, 2006). Speziell Krankenschwestern wären in der Position, durch ihren direkten und auf Vertrauen basierenden Kontakt zu Patienten, das Problem einer geringen Gesundheitskompetenz zu erkennen und darauf einzugehen (Mason, 2001; Cutili, 2005a) und als *Patientenanwältinnen* und Vermittler aufzutreten. Sie

können ihren Patienten helfen und als „Übersetzer“ von der *Fachsprache* in die *Alltagssprache* fungieren (Devereux und Demetrius, 2004; Erlen, 2004; Mayer und Villaire, 2004).

Oft fällt eine geringe Lese- (und Schreib)fähigkeit eines Patienten nicht unmittelbar auf. Patienten sind Weltmeister darin, ihre Probleme zu verstecken. Sie kennen tausend Ausreden und gaukeln Fachpersonal vor, sie hätten ihre Brille vergessen oder würden die Einverständniserklärung dann zu Hause ausfüllen (Davidson, 2004). Mit diesem Verhalten sind auch Aspekte des Selbstvertrauens verbunden. Patienten mit einer geringen Gesundheitskompetenz haben eher ein niedriges Selbstwertgefühl und der Arzt sollte sie nicht zwingen, gewisse Aufgaben direkt auszuführen (Weir, 2001).

Weiter ist eine geringe funktionale Gesundheitskompetenz eng mit dem Thema der Patientensicherheit verbunden (Schwartzberg, 2002). Wenn Patienten z.B. Warnhinweise auf Packungsbeilagen nicht lesen können, dann sind sie einem höheren Risiko ausgesetzt als Patienten, die diese Information verstehen und auch umsetzen können (Davis, T. et al., 2006). Patienten mit geringen Gesundheitskompetenzen haben ein höheres Risiko, nicht die Medikamente (Kripalani et al., 2006) oder die Behandlung zu bekommen, die ihnen eigentlich zustehen würde. Ärzte und medizinisches Fachpersonal sind hier gefragt (Ortolon, 2004; Peota, 2004, Rekow, 2004). Es fällt in den Aufgaben- und Verantwortungsbereich des medizinischen Fachpersonals, eine geringe Gesundheitskompetenz zu erkennen und Patienten in ausreichendem Masse zu unterstützen, sowie Gesundheitskompetenz selber zu fördern (Kickbusch und Ratzan, 2001; Mayer und Villaire, 2003; Hixon, 2004). Seligman weist jedoch darauf hin, dass auch dann, wenn Fachpersonal die Problematik von geringer Gesundheitskompetenz erkennt, es immer noch an Wissen fehlen könnte, wie mit solchen Patienten genau umzugehen ist (Seligman et al., 2005).

Gesundheitskompetenz wurde in verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens studiert. Die Forschung konzentrierte sich bisher hauptsächlich auf Situationen, in denen

bestimmte Pathologien wie Krebs, HIV/AIDS, Diabetes Typ II und chronische Krankheiten auftreten. Ferner wurde die Gesundheitskompetenz älterer Leute untersucht.³⁹

Krebs

Latino-amerikanische Frauen mit einer geringen funktionalen Gesundheitskompetenz und dürftigem Wissen über Mammographie unterziehen sich seltener einer Vorsorgeuntersuchung als Frauen mit höherer funktionaler Gesundheitskompetenz und mehr Wissen (Guerra, 2005). Die Situation ist bei Gebärmutter- und Darmkrebs umgekehrt. Eine geringe funktionale Gesundheitskompetenz oder eine geringe Lese- (und Schreib)fähigkeit korrelieren mit der Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen zum Aufbau von Vorsorgewissen (Davis et al., 2001; Lindau et al., 2002). Garbers und Chiasson (2004) berichten über diese Verbindung (geringe funktionale Gesundheitskompetenz und schwache Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen) für den Fall von Immigrantinnen in New York. In Gesprächen zwischen Ärzten und Krebspatienten verhindert eine unzureichende Gesundheitskompetenz (gemessen entweder als Lese- (und Schreib)fähigkeit oder als funktionale Kompetenz) Diskussionen über Vorteile und Risiken von verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten, Einverständniserklärungen und Routineuntersuchungen (Davis et al., 2002).

HIV/AIDS

Gesundheitsbezogenes Wissen (Kalichman et al., 1999; Wolf et al., 2004;) und die Einhaltung von Behandlungsanweisungen hängt bei HIV/AIDS Patienten vom Bildungsniveau und der funktionalen Gesundheitskompetenz (Kalichman et al., 1999; Kalichman und Rompa, 2000) oder der Gesundheitskompetenz, gemessen als Lese- (und

39 Der Leser sei noch einmal darauf aufmerksam gemacht, dass in all den Studien, die im Folgenden präsentiert werden, zwar von Health Literacy gesprochen wird, das Konzept aber unterschiedlich erfasst wurde. Unterschiedliche Messinstrumente von Health Literacy werden in Kapitel C-10 vorgestellt werden. Für die Ausführungen zu den Studien bezüglich Health Literacy und pathogenen Situationen oder älteren Menschen ist jeweils aufgeführt, ob es sich um Studien handelt, die Health Literacy als eine Lese- (und Schreib)fähigkeit oder als eine funktionale Kompetenz erfassen.

Schreib)fähigkeit, ab (Devereux, 2004). Gegensätzlich zeigt eine neuste Studie, dass kein direkter Zusammenhang zwischen geringer Lese- (und Schreib)fähigkeit und der regelmäßigen Einnahme von HIV/AIDS Medikamenten bei der speziellen Gruppe von Alkoholikern besteht (Paasche-Orlow et al., 2006). Für den Fall der Akzeptanz von HIV Tests ist diese Korrelation in umgekehrter Form vorhanden. Patienten mit einer geringen Gesundheitskompetenz – gemessen als Lese- (und Schreib)fähigkeit – akzeptieren eher einen HIV Test (Barragàn et al., 2005).

Diabetes Typ II

Patienten mit einer geringen funktionalen Gesundheitskompetenz (mit einer geringen Schulbildung: Rothman et al., 2002) weisen ein unzureichendes Verhalten in der Kontrolle des glykemischen Index auf und halten ihr Behandlungsregime schlecht ein (Schillinger et al., 2002). Diabetes Typ II Patienten klagen über Kommunikationsprobleme, speziell über Probleme mit technischer Information und bei der Interaktion mit medizinischem Fachpersonal (Schillinger et al., 2003). Diabetesinformation und Bildung für Diabetespatienten ist deshalb wichtig und muss an deren Lese- (und Schreib)fähigkeit oder funktionale Gesundheitskompetenz angepasst werden (Nurss et al., 1997; Kleinbeck, 2005). Sarang fand in einer Beobachtungsstudie heraus, dass speziell für den Fall von Diabetes Typ II Patienten mit unzureichender Gesundheitskompetenz Bildungsmaterial einen positiven Effekt auf die Selbstbehandlung und das Wissen über den glykemischen Index und dessen Kontrolle hat (Sarang et al., 2004).

Ältere Menschen

Unter älteren Menschen ist die Prävalenz einer unzureichenden funktionalen Gesundheitskompetenz hoch (Gazmararian et al., 1999; Baker et al., 2000; Chew et al., 2004a). Mangelnde funktionale Gesundheitskompetenz führt bei älteren Menschen zu schlechter Gesundheit (Wolf et al., 2005), einer höheren Einlieferungsrate ins Krankenhaus (Baker et al., 2002) und einer geringeren Nutzung von präventiven Maßnahmen (Scott et al., 2002). Laut Sudore (Sudore et al., 2006) haben ältere

Menschen mit unzureichender Lese- (und Schreib)fähigkeit einen schlechteren Gesundheitszustand und nicht die gleichen Möglichkeiten, sich einen Zugang zum Gesundheitssystem zu sichern. Eine neuste Studie von Sudore (Sudore et al., 2006) sagt aus, dass eine geringe Gesundheitskompetenz bei älteren Menschen das Risiko zum vorzeitigen Tod um ein 2-faches erhöht.

Chronische Patienten

Die Anerkennung der Problematik einer möglichen unzureichenden Gesundheitskompetenz ist bei der Schulung von chronischen Patienten über deren Erkrankungen wichtig. Chronische Patienten mit unzureichender Lese- (und Schreib)fähigkeit oder mit einer geringen funktionalen Gesundheitskompetenz tragen ein speziell hohes Risiko, zu wenig über ihre Krankheit zu wissen (Gazmararian et al., 2003; Kleinpeter, 2003). Eine neuste Studie zeigt zum Beispiel, dass Asthma Patienten mit einer geringen Lese- (und Schreib)fähigkeit ein schlechteres Krankheitsbild zeigen und vor allem wenig über ihre Krankheit wissen (Mancuso und Rincon, 2006). Auch Depression kann als eine chronische Erkrankung gesehen werden. Bei depressiven Menschen konnte Weiss (Weiss et al., 2006) beobachten, dass ein Zusammenhang zwischen geringer Gesundheitskompetenz und Schweregrad einer langwierigen Depression besteht. Diese konnte auch Lincoln (Lincoln et al., 2006) feststellen.

9.3 Neue Definitionen von Health Literacy

In den vorhergehenden Paragraphen wurde deutlich, dass Gesundheitskompetenz auf unterschiedliche Arten definiert wurde (angefangen bei *Literacy* bis hin zu einer funktionalen Kompetenz). Aus verschiedenen Studien geht hervor, dass eine unzureichende Gesundheitskompetenz in einem immer komplexer werdenden Gesundheitssystem verschiedenste Probleme mit sich zieht.

Dieses Verständnis von Gesundheitskompetenz und der sich daraus ergebende Zugang zu den damit verbundenen Problematiken (siehe oben) können als ungenügend betrachtet werden. In zahlreichen Studien wird wohl von Gesundheitskompetenz gesprochen, in

unterschiedlichen Situationen zu verschiedenen Zeitpunkten aber etwas anderes darunter verstanden. Diese unterschiedlichen Definitionen (siehe oben) berücksichtigen jedoch nicht alle Kompetenzen, welche zu Health Literacy gehören würden. Sie bedenken die *Facettenreichhaltigkeit* von Gesundheitskompetenz nicht in ausreichendem Masse: Während eine Konzentration auf Lese- (und Schreib)fähigkeit oder auf eine funktionale Ebene sicherlich einen wertvollen ersten Schritt zur Erfassung der Problematik darstellt, so scheint dieser Zugang limitiert. Health Literacy ist mehr als eine reine *Literacy* oder funktionale Kompetenz. Sie beinhaltet die Fähigkeit, im Alltag stichhaltige Entscheide für die Gesundheit zu fällen (Kickbusch und Maag, 2005; Kickbusch et al., 2005). Health Literacy ist eine entscheidende Kompetenz, um die eigene und die Gesundheit von Mitmenschen zu fördern. Es versteht sich von alleine, dass in einer modernen Gesellschaft, in der die Fähigkeit, mit der eigenen Gesundheit umzugehen, immer mehr zu einer der unabdingbaren *Life Skills* wird, der Begriff der Gesundheitskompetenz erweitert werden sollte.

Zweitens haben bisherige Forschungen die *Spann- und Tragweite* von Health Literacy nicht ausreichend berücksichtigt und sich tendenziell auf das Gesundheitssystem konzentriert. Jedoch bewegen sich Personen in ihrem Alltag nicht nur im Gesundheitssystem (z.B. im Krankenhaus), sondern auch zu Hause oder bei der Arbeit. Ein Diabetespatient bleibt auch außerhalb des medizinischen Kontextes ein Diabetespatient und muss zur Bewältigung seiner Krankheit auch im täglichen Leben Kompetenzen aufweisen, die ihm dabei helfen, nicht wieder schwer krank zu werden (z.B. muss er fähig sein, im Supermarkt Produkteinformationen zu lesen und zu verstehen, um keine zuckerhaltigen Nahrungsmittel zu kaufen). Autoren von weiteren Literaturstudien wie der Bericht des IOM (Institute of Medicine): *Health Literacy – A prescription to end confusion* oder auch der *Policy Information Report* von Rudd: *Literacy and Health in America* unterstützen die Sicht, dass Gesundheitskompetenz auch außerhalb des medizinischen Kontextes zum Tragen kommt (Andrus und Roth, 2002; Rudd et al., 2004; MC Cray, 2005).

9.3.1 Das Health Literacy Modell Kickbusch und Maag

Basierend auf diesen Überlegungen wird von der Autorin eine neue Definition von Gesundheitskompetenz vorgeschlagen. Gesundheitskompetenz ist *die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken – zu Hause, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem und in der Gesellschaft ganz allgemein*. Eine gesundheitskompetente Person ist in ihrer *Selbstbestimmung und in ihrer Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit zu Gesundheitsfragen* gestärkt und hat *die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und somit Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen* (Kickbusch und Maag, 2005; Kickbusch et al., 2005).

Neben unterschiedlichen Domänen, in welchen Gesundheitskompetenz zum Tragen kommt (siehe oben: zu Hause, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem und in der Gesellschaft ganz allgemein), soll diese neue Definition von Gesundheitskompetenz auch aufzeigen, mit was für unterschiedlichen *Kompetenzbereichen* (Handlungsfelder) jemand im täglichen Leben konfrontiert sein kann und was für Kompetenzen im jeweiligen Bereich zum Tragen kommen sollten.

Betrachtet man eine Person innerhalb des persönlichen Umfeldes, so sollte diese für einen kompetenten Umgang mit der eigenen Gesundheit ein Grundwissen über die mit der eigenen Gesundheit verbundenen Themen haben (jemand sollte z.B. wissen, dass man sich die Zähne putzen muss). Falls jemand krank wird, sollte er wissen, wo im Gesundheitssystem er sich hinbewegen kann (z.B. zum Arzt oder ins Krankenhaus gehen). Normalerweise verbringt jedoch jemand sein Leben nicht im Gesundheitssystem (ist z.B. nicht das ganze Leben lang im Krankenhaus oder muss jeden Tag einen neuen Vertrag mit der Krankenkasse abschließen), sondern lebt außerhalb dieses Systems und sollte sich außerhalb dieses Systems möglichst gesund verhalten. Wichtig dabei sind die Entscheidungen, die jemand z.B. bezüglich seiner Ernährung fällt. Diese Entscheidungen fallen unter anderem im Markt an (z.B. beim Lebensmitteleinkauf). Jemand kann auch indirekt auf seine Gesundheit einwirken, indem er sich z.B. für gesundheitsfördernde

Umgebungen wie Grünflächen in der Stadt einsetzt. Um sich für solche sozial- und/oder gesundheitspolitischen Belange einzusetzen, wird der Kompetenzbereich Gesundheitspolitik beigezogen. Menschen, die einen großen Teil ihres Lebens bei der Arbeit verbringen, sollten auch in diesem Umfeld auf ihre Gesundheit achten und sensibel für Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz sowie Fragen der work-life Balance sein.

Die Definition von Gesundheitskompetenz kann, indem man annimmt, dass neben den Domänen des täglichen Lebens, in welchen Gesundheitskompetenz zum Tragen kommt, auch unterschiedliche Kompetenzbereiche (Handlungsfelder) ihre Berechtigung finden, also noch weiter ausgebaut werden:

(1) Kompetenzbereich persönliche Gesundheit:

Grundkenntnisse über Gesundheit, Wissen und die Anwendung von gesundheitsförderlichem, gesundheitsbewahrendem und krankheitsverhinderndem Verhalten, Selbstpflege und die Betreuung der Familie sowie erste Hilfe.

(2) Kompetenzbereich Systemorientierung:

Die Fähigkeit, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden und als kompetenter Partner gegenüber Fachpersonal auftreten zu können.

(3) Kompetenzbereich Konsumverhalten:

Die Fähigkeit, Konsum- und Dienstleistungsentscheidungen unter gesundheitlichen Gesichtspunkten zu treffen und notfalls auch seine Konsumentenrechte einzuklagen und durchzusetzen.

(4) Kompetenzbereich Gesundheitspolitik:

Die Fähigkeit, informiert gesundheitspolitisch zu handeln, z.B. durch das Eintreten für Gesundheitsrechte, durch Stellungnahmen zu Gesundheitsfragen und durch Mitgliedschaften in Patienten- und Gesundheitsorganisationen.

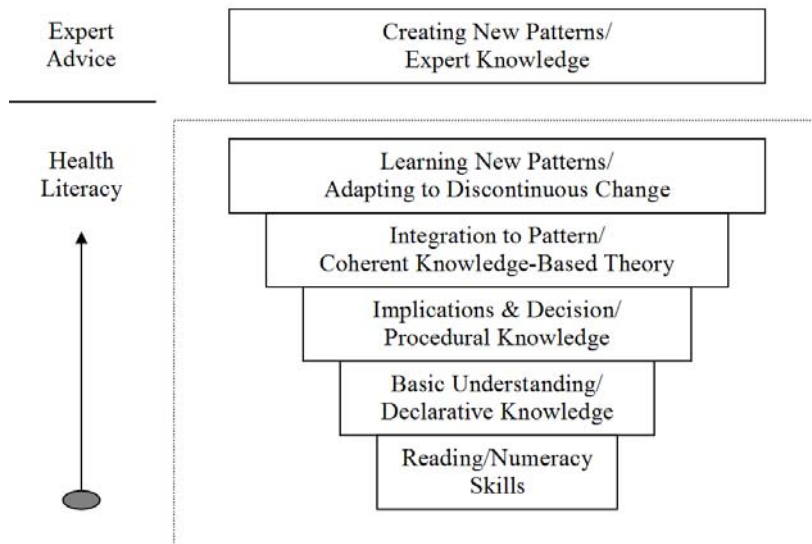
(5) Kompetenzbereich Arbeitswelt:

Die Fähigkeit, in der Arbeitswelt die Gesundheit durch Unfallverhütung und die Vermeidung von Berufskrankheiten zu schützen, sich für Arbeitsplatzsicherheit und gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen einzusetzen und eine angemessene work-life Balance anzustreben (Kickbusch und Maag, 2005; Kickbusch et al., 2005; Kickbusch, 2006).

9.3.2 Das Health Literacy Modell Schulz und Nakamoto

Gesundheitskompetenz wird auch von Schulz und Nakamoto (2005) neu definiert. Sie verstehen unter Gesundheitskompetenz eine aus unterschiedlichen Fähigkeiten zusammengesetzte Kompetenz. Es veranschaulicht auf eine verständliche Weise, dass Gesundheitskompetenz eine wissensbasierte Kompetenz ist, Wissen jedoch auf unterschiedlichen Ebenen verstanden und definiert werden muss. Nur so können die Feinheiten von unterschiedlichen Wissensebenen genau beschrieben werden. Die folgende Abbildung illustriert die von Schulz und Nakamoto unterschiedlich definierten Wissensebenen. Es wird deutlich, wie die unterschiedlichen Ebenen in einem Zusammenhang stehen und zu einem umfassenden Verständnis von Gesundheitskompetenz beitragen.

Abbildung 17: Health Literacy Modell Schulz und Nakamoto



Nach Schulz und Nakamoto wird Health Literacy folgendermassen definiert und umschrieben:

- (1) *Lese- und Schreibfähigkeit* bilden die Basis, auf welcher Gesundheitskompetenz entwickelt und aufgebaut wird. Neben diesen Basiskompetenzen gehören aber noch weitere, fortgeschrittenere, Fähigkeiten zu Gesundheitskompetenz.
- (2) Zuerst gehört ein elementares Verständnis oder *deklaratives Wissen* von Gesundheitsthemen zu Gesundheitskompetenz. Jemand sollte zum Beispiel verstehen, das Schmerzen ein nicht normales Empfinden sind, oder dass man ein rezeptpflichtiges Medikament nur in der Apotheke bekommen kann.
- (3) Um dieses so genannte deklarative Wissen umzusetzen, braucht es aber auch *prozedurales Wissen*, welches jemanden befähigt, sein Wissen über bestimmte gesundheitsbezogenen Themen bei einer Entscheidungsfindung einzubringen.

(4) Auf einer noch differenzierteren Ebene wird bestehendes Wissen frisch zusammengefügt (Integration Verhaltensmuster) und allenfalls durch neue Elemente ergänzt und wieder geformt (Erlernen neuer Verhaltensmuster).

Es geht aus den Ausführungen hervor, dass es für jemanden mit unzureichenden oder geringen Lese- und Schreibfähigkeiten schwierig ist, komplexe Sachverhalte zu erlernen. Dennoch ist das Modell nicht als ausschliesslich sequentiell zu verstehen.

Laut Schulz und Nakamoto verfällt jemand, der alle Kompetenzen des Modells erworben hat, nicht etwa in einem statischen Zustand, sondern fährt fort, sich im Modell zu bewegen und verschiedenste Fähigkeiten zu verfeinern.

Gesundheitskompetenz hat aber auch klare Grenzen: Eine höchst kompetente Person wird nie die fachliche Kompetenz z.B. eines Arztes erlangen. Demnach impliziert Gesundheitskompetenz für Schulz und Nakamoto keine Allwissenheit, sondern ein Verständnis dafür, welche Wissens Elemente relevant sind für persönliche Gesundheitsentscheide.

Laut Schulz und Nakamoto stimmt Gesundheitskompetenz auch nicht mit Verhalten – Gesundheitsverhalten – überein. Jemand, der ein gutes Wissen zu den Risiken und möglichen gesundheitsschädlichen Folgen von Rauchen hat, und trotzdem raucht, ist demnach nicht weniger gesundheitskompetent als eine Person mit dem selben Wissen, die nicht raucht.

10 Gesundheitskompetenz messen

Teile der Health Literacy Forschung konzentrieren sich spezifisch auf die Messung von Gesundheitskompetenz, wobei die Grenzen und Unschärfen in den Definitionen von Gesundheitskompetenz (siehe Kapitel C-9) sich auch auf die Thematik der Erfassung von Gesundheitskompetenz übertragen. Die meisten Instrumente, welche dazu benutzt wurden, Gesundheitskompetenz zu erfassen, messen Zeichenerkennung, Lese- (und Schreib)fähigkeit – im medizinischen Kontext – die Fähigkeit, einfache mathematische Aufgaben zu lösen oder eine funktionale Kompetenz.⁴⁰ Die Instrumente, von welchen hier die Rede ist, sind *WRAT* (Wide Range Achievement Test), *REALM* (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine), *MART* (Medical Terminology Achievement Reading Test) und *TOFHLA* (Test of Functional Health Literacy in Adults).⁴¹ *WRAT*⁴², *REALM* und *MART* dienen ausschließlich der Worterkennung und sind als Instrumente zur Erfassung von Lesefähigkeit validiert. *TOFHLA* ist ein Test mit Verständnisfragen und läuft unter der Kategorie „comprehension tests“ (Davis et al., 1998). Das Wort „Medicine“ in *REALM* lässt darauf schließen, dass es sich um einen für das medizinische Umfeld konzipierten Test handelt. Worterkennungstests werden mehrheitlich dazu verwendet, generelle Aussagen über die Lesefähigkeit zu einem Thema in einem bestimmten Kontext zu machen. Man nimmt z.B. an, dass wenn Patienten Probleme mit Wörtern haben, sich diese Probleme gleichwohl auf die Ebene eines zusammenhängenden Textes weiterziehen. Sie sagen aber noch nichts über die Fähigkeiten von Patienten aus, wenn es darum geht, sich im Gesundheitssystem zu bewegen. Weiter haben Messungen von Lese- (und Schreib)fähigkeit in einem medizinischen Umfeld den Nachteil, dass sie keine Informationen darüber liefern, wieso jemand Probleme haben kann und ob ein Patient dazu tendieren wird, sich nicht an die ärztlichen Weisungen zu halten.

40 Eine neuste Studie geht davon aus, dass ein Item ausreichend sein sollte, Patienten in einem medizinischen Kontext mit geringer Gesundheitskompetenz zu erkennen (Wallace et al., 2006).

41 Dies sind laut der Literatur die meistgebrauchten Messinstrumente zur Erfassung von Gesundheitskompetenz.

42 Dieses Messinstrument liegt in einer überarbeiteten Version *WRAT-3* vor, im Folgenden wird von *WRAT-3* gesprochen.

Erste Studien mit den oben genannten Messinstrumenten zeigten, dass viele Patienten Gesundheitsinformationen nicht lesen oder verstehen konnten (Rudd et al., 2004). Forscher konnten zudem erste Verbindungen zwischen verschiedenen Gesundheitszuständen und der Gesundheitskompetenz (gemessen mit WRAT, REALM, MART oder TOFHLA) feststellen. In der Folge lieferte eine ständig wachsende Forschungsgemeinschaft immer mehr Informationen dazu, ob und was für einen Einfluss Health Literacy auf die Gesundheit oder hat (siehe z.B.: Baker et al., 1998; Davis et al., 1998; Baker et al. 1999).

10.1 WRAT: Wide Range Achievement Test

WRAT-3 ist ein englischsprachiger, standardisierter Leistungstest, der im Jahre 1993 überarbeitet wurde und im Moment in zwei Versionen vorliegt, so dass ein Pretest und ein Posttest möglich sind. Jeder Test (Pre- und Posttest) enthält drei Teile – Worterkennung, Aussprache und Arithmetik. Der Worterkennungsteil ist an dieser Stelle interessant: Beide, der Pre- und der Posttest, bestehen darin, dass die zu testende Person verschiedene Wörter laut vorlesen muss. Die Wörter werden immer schwieriger, und der Test wird solange durchgeführt, bis der Befragte 10 Fehler hintereinander begeht. Davis (Davis et al., 1998) gibt an, dass WRAT-3 eingehend auf Validität und Reliabilität getestet wurde. Der Test ist einfach durchzuführen und dauert im Durchschnitt ca. 5 Minuten. Davis (Davis et al., 1998) macht darauf aufmerksam, dass der Test vor allem für Personen mit einer geringen Lesefähigkeit schwer sein kann, denn die zu lesenden Wörter werden sehr schnell schwieriger und die Befragten geben mitten im Test auf. Der Nachteil des Tests wird klar: Patienten, die sich diesem Test unterziehen, laufen Gefahr, schnell überfordert zu sein, was unter anderem Angst- und Versagergefühle auslösen kann.

10.2 REALM: Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine⁴³

REALM ist ein Test zur Einschätzung von Lesefähigkeit im medizinischen Kontext. Es wird die Worterkennung getestet. REALM wurde unter anderem dazu benutzt, die Verbindung zwischen Gesundheitskompetenz und dem Vorsorgeverhalten bei Geschlechtskrankheiten zu untersuchen (Fortenberry et al., 2001). Weiter trägt eine gesteigerte Sensibilität von medizinischem Fachpersonal (durch die Anwendung von REALM) für mangelnde Gesundheitskompetenz ihrer Patienten dazu bei, dass diese sich öfters Vorsorgeuntersuchungen zu Prostatakrebs unterziehen und Informationen zu möglichen Krebserkrankungen besser verstehen (Kim, 2001; Lindau et al., 2001). Kaufman (Kaufman et al., 2001) fand heraus, dass mangelnde Gesundheitskompetenz einen negativen Einfluss auf das Stillverhalten von jungen Müttern hat. Diese Erkenntnis diente als Basis für die Entwicklung von weniger kompliziertem Informationsmaterial für Frauen mit geringer Gesundheitskompetenz. Shea (Shea et al., 2004) evaluierte und validierte REALM als Instrument zur Erfassung von Gesundheitskompetenz und schätzt es als verlässlich ein. Bass (Bass et al., 2003) entwickelte weiter eine Kurzversion von REALM, die wie sein „großer Bruder“ misst, wie Patienten Wörter lesen, welche für den medizinischen Kontext von Bedeutung sind.

10.3 MART: Medical Terminology Achievement Reading Test

MART, ein Test, der nach REALM entwickelt wurde, misst medizinische Worterkennungskompetenz auf eine Weise, die für Patienten nicht abschreckend wirken soll (Andrus und Roth, 2002). Es werden auf original Medikamentenfläschchen Namen und medizinische Ausdrücke aufgeklebt und mit einem speziell glänzenden Lack laminiert. Die Aufdrucke sind in kleiner Schrift geschrieben und Examinatoren, welche den Test durchführen, erklären, dass die Wörter extrem schwer zu lesen sind, und dass man sie genau anschauen muss. Auf diese Weise wird Studienteilnehmern die Angst vor

43 Dieser Test liegt in einer Englischen und einer Spanischen Version vor.

dem Test genommen, falls sie ein Medikamentenfläschchen tatsächlich lange anschauen müssen – um das Label zu verstehen (Hanson-Divers, 1997).

10.4 TOFHLA: Test of Functional Health Literacy in Adults⁴⁴

TOFHLA ist ein weiteres Instrument zur Erfassung von Gesundheitskompetenz. Es existiert auch in einer Kurzversion (S-TOFHLA) (Baker et al., 1999) – die psychometrischen Eigenschaften werden in Aguirre (Aguirre et al., 2005) diskutiert. TOFHLA informiert darüber, wie Patienten sich im medizinischen Umfeld zurechtfinden (Parker et al., 1995). TOFHLA wurde bis zum jetzigen Zeitpunkt hauptsächlich in klinischen Settings angewendet. Studien konzentrierten sich auf Korrelationen zwischen funktionaler Health Literacy (gemessen mit TOFHLA) und dem Verstehen von Gesundheitsinformationen (Gausman-Benson and Forman, 2002; Georges et al., 2004) wie auch dem Gesundheitsstatus (in Verbindung mit verschiedenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen wie Diabetes Typ II, HIV/AIDS und anderen chronischen Krankheiten (Williams et al., 1998a; Kalichman et al., 1999; Kalichman et al., 2000; Schillinger et al., 2002a; Schillinger et al., 2002b; Gazmararian et al., 2003)). Verschiedenste systematische Studien interessieren sich für die Verbindung zwischen Gesundheitskompetenz und allgemeinem Gesundheitszustand, Einhaltung von Medikationen und Kosten, die mit Patienten von öffentlichen Programmen entstehen (Gazmararian et al., 1999; Baker et al., 2004; Chew et al., 2004b; Howard et al., 2005).

10.5 Nationale und internationale Literacy Erhebungen

Neben spezifischen Tests zur Messung von Gesundheitskompetenz können nationale und internationale *Literacy* Befragungen Auskünfte über den Stand der (Gesundheits)kompetenz (wenn auch in einer limitierten Definition) von ganzen Nationen geben. Dieses Kapitel erarbeitet einen Überblick über bisherige und gegenwärtige *Literacy* Befragungen generell. Diese Befragungen, fast ausschließlich aus den USA und aus Kanada, befassen sich unter anderem mit Items, welche zur Messung

44 Dieser Test liegt in einer Englischen und einer Spanischen Version vor.

von Gesundheitskompetenz herangezogen und für weitere spezielle Health Literacy Erhebungen verwendet werden könnten. Speziell bei einer Initiative aus den USA (siehe Kapitel C-10.5.5) zeigen sich Tendenzen zur Weiterentwicklung der vorliegenden Health Literacy Messungen für repräsentative Erhebungen.

10.5.1 US National Adult Literacy Survey, 1992

Literacy Studien werden in Nordamerika schon länger durchgeführt und konnten auch ohne sich mit Gesundheit zu befassen, interessante Resultate liefern. Im Jahre 1992 wurde in den USA der *National Adult Literacy Survey (NALS)* vom *Educational Testing Service (ETS)* für das *US Department of Education* durchgeführt. NALS war zu dieser Zeit das größte und umfassendste Instrument zur Messung von Grundkompetenzen von Erwachsenen (Personen über 16 Jahre wurden befragt).

NALS gab Auskunft über die Grundkompetenzen von 26'091 Erwachsenen. Die Stichprobe enthielt Antworten von 1'147 in staatlichen Gefängnissen sitzenden Gefangenen wie auch zusätzliche Stichproben von 12 US Bundesstaaten, die für den Staat selber repräsentative Stichproben anstrebten. Neben den eigentlichen *Literacy* Erhebungen, beinhaltete NALS Fragen über den sozioökonomischen Status der Befragten, wie auch über deren Gesundheit und den Status in der Gesellschaft. Für NALS wurde *Literacy* folgendermaßen definiert: "*using printed and written information to function in society, to achieve one's goals, and to develop one's knowledge and potential*" (NALS, 1992, S. 6). NALS hat erstmals gezeigt, dass ein großer Anteil der US amerikanischen Bevölkerung nicht die nötigen Kompetenzen besitzt, um im Alltag bestehen zu können, was verschiedenste Bedenken über Kosten von Illiteralität für die Gesellschaft ausgelöst hat.

Für NALS wurden drei verschiedene Kompetenzbereiche definiert: „*Prose Literacy*“, „*Document Literacy*“ und „*Quantitative Literacy*“, welche im *International Adult Literacy Survey (IALS, 1994-1998)* (siehe unten) wieder verwendet wurden.

Tabelle 26: Beschreibungen Typen von Literacy NALS, 1992

Literacy	Beschreibung
Prose	The knowledge and skills needed to understand and use information from texts that include editorials, news stories, poems, and fiction; for example, finding a piece of information in a newspaper article, interpreting instructions from a warranty, inferring a theme from a poem, or contrasting views expressed in an editorial.
Document	The knowledge and the skills required to locate and use information contained in materials that include job applications, payroll forms, transportation schedules, maps, tables, and graphs; for example, locating a particular intersection on a street map, using a schedule to choose the appropriate bus, or entering information on an application form.
Quantitative	The knowledge and skills required to apply arithmetic operations, either alone or sequentially, using numbers embedded in printed materials; for example, balancing a checkbook, figuring out a trip, completing an order form, or determining the amount of interest from a loan advertisement.

Weiter wurde für jeden Kompetenzbereich eine Skala von 0 bis 500 entwickelt. Verschiedene Positionen auf dieser Skala entsprechen verschiedenen Performanceniveaus in den respektiven Kompetenzbereichen. Zum Beispiel heißt eine niedrige Punktzahl auf der „*Document Literacy*“ Skala (z.B. 225), dass ein Befragter Mühe hat, Informationen aus Tabellen oder Abbildungen zu entnehmen und zu verstehen, auch bei Informationsquellen, die unmissverständlich einfach gestaltet sind. Die folgenden drei Tabellen illustrieren die unterschiedlichen Skalen für die drei Kompetenzbereiche (siehe oben).

Tabelle 27: Beschreibung des Kompetenzbereichs PROSE Literacy

Niveau	Skala	Beschreibung
1	0-225	Most of the tasks in this level require the reader to read relatively short texts to locate a single piece of information which is identical to or synonymous with the information given in the question or directive. If plausible but incorrect information is present in the text, it tends to be located near the correct information.
2	226-275	Some tasks in this level require readers to locate a single piece of information in the text; however, several distracters or plausible but incorrect pieces of information may be present, or low-level inferences may be required. Other tasks require the reader to integrate two or more pieces of information or to compare and contrast easily identifiable information based on a criterion provided in the question or directive.
3	276-325	Tasks in this level tend to require readers to make literal or synonymous matches between the text and information given in the task, or to make matches that require low-level inferences. Other tasks ask readers to integrate information from dense or lengthy text that contains no organizational aids such as headings. Readers may also be asked to generate a response based on information that can be easily identified in the text. Distracting information is present, but is not located near the correct information.
4	326-375	These tasks require readers to perform multiple-feature matches and to integrate or synthesize information from complex or lengthy passages. More complex inferences are needed to perform successfully. Conditional information is frequently present in tasks at this level and must be taken into consideration by the reader.
5	376-500	Some tasks in this level require the reader to search for information in dense text which contains a number of plausible distracters. Others ask readers to make high-level inferences or use specialized background knowledge. Some tasks ask readers to contrast complex information.

Tabelle 28: Beschreibung des Kompetenzbereichs DOCUMENT Literacy

Niveau	Skala	Beschreibung
1	0-225	Tasks in this level tend to require the reader either to locate a piece of information based on a literal match or to enter information from personal knowledge onto a document. Little, if any, distracting information is present.
2	226-275	Tasks in this level are more varied than those in Level 1. Some require the readers to match a single piece of information; however, several distracters may be present, or the match may require low-level inferences. Tasks in this level may also ask the reader to cycle through information in a document or to integrate information from various parts of a document.
3	276-325	Some tasks in this level require the reader to integrate multiple pieces of information from one or more documents. Others ask readers to cycle through rather complex tables or graphs which contain information that is irrelevant or inappropriate to the task.
4	326-375	Tasks in this level, like those at the previous levels, ask readers to perform multiple-feature matches, cycle through documents, and integrate information; however, they require a greater degree of inference. Many of these tasks require readers to provide numerous responses but do not designate how many responses are needed. Conditional information is also present in the document tasks at this level and must be taken into account by the reader.
5	376-500	Tasks in this level require the reader to search through complex displays that contain multiple distracters, to make high-level text-based inferences, and to use specialized knowledge.

Tabelle 29: Beschreibung des Kompetenzbereichs QUANTITATIVE Literacy

Niveau	Skala	Beschreibung
1	0-225	Tasks in this level require readers to perform single, relatively simple arithmetic operations, such as addition. The numbers to be used are provided and the arithmetic operation to be performed is specified.
2	226-275	Tasks in this level typically require readers to perform a single operation using numbers that are either stated in the task or easily located in the material. The operation to be performed may be stated in the question or easily determined from the format of the material (for example, an order form).
3	276-325	In tasks in this level, two or more numbers are typically needed to solve the problem, and these must be found in the material. The operation(s) needed can be determined from the arithmetic relation terms used in the question or directive.
4	326-375	These tasks tend to require readers to perform two or more sequential operations or a single operation in which the quantities are found in different types of displays, or the operations must be inferred from semantic information given or drawn from prior knowledge.
5	376-500	These tasks require readers to perform multiple operations sequentially. They must disembed the features of the problem from text or rely on background knowledge to determine the quantities or operations needed.

(Alle Beschreibungen nach Kirsch et al., 2002)

Die folgenden drei Abbildungen illustrieren, wie kompetent die US Bevölkerung bezüglich der drei oben beschriebenen Kompetenzbereiche im Jahre 1992 (erhoben mit NALS) war.

Abbildung 18: NALS Literacy Niveaus in der US Bevölkerung: PROSE

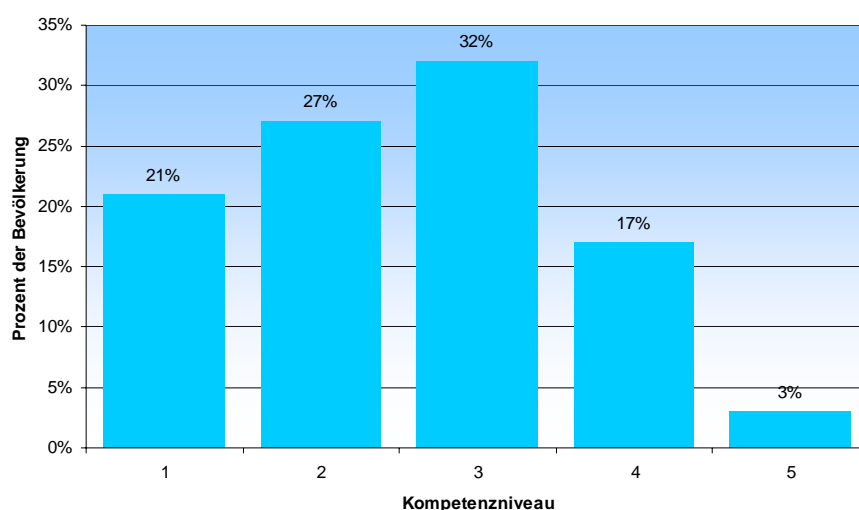


Abbildung 19: NALS Literacy Niveaus in der US Bevölkerung: DOCUMENT

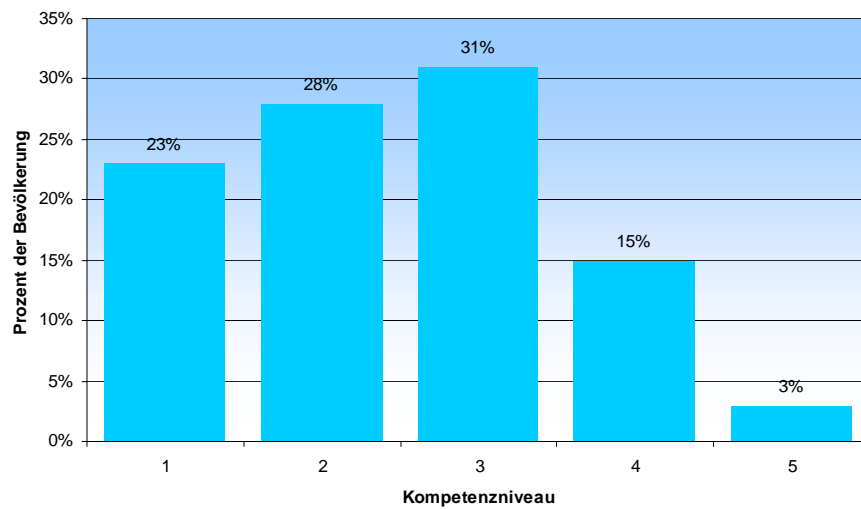
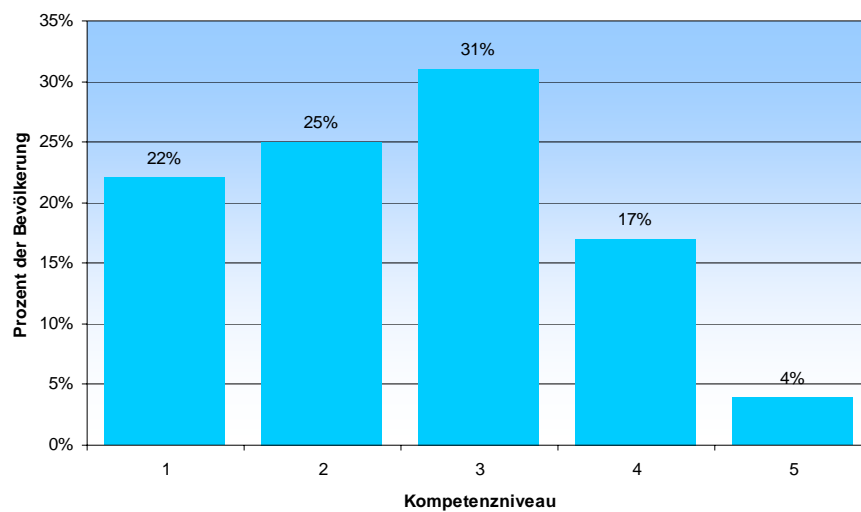


Abbildung 20: NALS Literacy Niveaus in der US Bevölkerung: QUANTITATIVE



Bis zu 23% der US Bevölkerung – bis zu 44 Millionen Amerikaner auf 191 Millionen – schnitten in NALS auf dem untersten Niveau in allen Kompetenzbereichen ab (*Prose, Document und Quantitative*). Die Gründe für dieses schlechte Abschneiden eines großen Teils der amerikanischen Bevölkerung sind vielschichtig. Wenn man sich anschaut, wie die Gruppe der schlecht abscheidenden Befragten zusammengesetzt ist, dann sieht man, dass 25% dieser Befragten Immigranten sind, dass fast zwei Drittel ihre Schulbildung

schon vor der High-School abgebrochen haben, dass ein Drittel schon über 65 Jahre alt war und dass fast 26% physische, psychische oder andere Probleme hatten, welche es ihnen nicht erlaubten, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Bis zu 28% der amerikanischen Bevölkerung konnte auf Niveau 2 angesiedelt werden. Diese Befragten schneiden besser ab als die auf Niveau 1 angesiedelten Befragten, haben aber immer noch limitierte Kompetenzen. Interessant ist, dass die Befragten, die sich auf diesen beiden Levels befinden, sich selber nicht so einschätzen: Sie sehen sich nicht in einer risikoreichen Situation und finden, dass sie gut bis sehr gut mit der englischen Sprache umgehen können. Ca. 61 Millionen Amerikaner können auf Niveau 3 angesiedelt werden und 34-40 Millionen sogar auf Niveau 4 und 5.

10.5.2 US Young Adult Literacy Survey, 1985

Die meisten Items, die zur Kompetenzmessung in NALS verwendet wurden, sind vom *Educational Testing Service (ETS)* schon in zwei früheren Umfragen entwickelt worden. Im Jahr 1985 führte der *Educational Testing Service* die erste nationale *Literacy* Befragung durch. Als Teil der „*National Assessment of Educational Progress*“ (*NAEP*) - *Finanzierung* erhob der Survey im Jahre 1985 die *Literacy* von jungen Erwachsenen. Die Definition von *Literacy* beschränkte sich nicht nur auf pure Lese- (und Schreib)fähigkeit sondern bezog Fähigkeiten mit ein, die ein junger Mensch braucht, um schriftliches Material zu verstehen und in verschiedenen Kontexten anzuwenden.⁴⁵

10.5.3 International Adult Literacy Survey, 1994-1998

Nach NALS folgte die erste *Literacy* Erhebung, welche *international* vergleichbare Daten lieferte: Der *International Adult Literacy Survey (IALS)*. ILAS involvierte Forschungsinstitute, Statistikämter, Regierungen und die OECD (Organisation for

45 Für die zweite Umfrage, welche vom US Department of Labour finanziert wurde, und arbeitslose sowie wirtschaftlich schwächer gestellte Erwachsene, welche von Arbeitslosengeldern lebten, untersuchte siehe: Kirsch et al., 1997.

Economic Co-operation). Der technische Support wurde von *Statistics Canada*, vom *Educational Testing Service (ETS)* und dem *US National Center for Education Statistics* des *US Department of Education* geleistet. Wie auch schon für NALS, wurden in der Befragung nicht nur Grundkompetenzen gemessen, sondern auch die Situation der Befragten in der Arbeitswelt und in der Schule, sowie deren Fähigkeit, mit ihren Grundkompetenzen umzugehen. IALS wurde in drei großen Schritten zwischen 1994 und 1998 durchgeführt. 20 verschiedene Länder nahmen an dieser Befragung teil. Unter den Europäischen Ländern war auch die Schweiz vertreten. Neben den meisten US Bundesstaaten nahmen Australien, Chile, Neuseeland, und verschiedene osteuropäische Länder wie Ungarn, die Slowakei und Polen teil.

Die Einzigartigkeit der IALS Befragungen in den 20 teilnehmenden Ländern ist, dass dieselbe Definition von *Literacy* in allen 20 Ländern benutzt wurde. Wie für NALS wurde folgende Definition umgesetzt: „*Using printed and written information to function in society, to achieve one's goals, and to develop one's knowledge and potential*“ (IALS, 1994-98, S. 10). Die konkrete Umsetzung der Definition beinhaltete wiederum die Aufteilung von *Literacy* in drei verschiedene Kategorien (siehe oben: *Prose, Document und Quantitative*).

Tabelle 30: OECD Beschreibung Literacy Niveaus IALS

Literacy Niveau	Skala	Beschreibung (nach OECD, 2000)
1	0-225	Persons with very poor skills, where the individual may, for example, be able to determine the correct amount of medicine to give a child from information printed on the package.
2	226-275	Respondents can deal only with material that is simple, clearly laid out, and in which the tasks involved are not too complex. It denotes a weak level of skill, but more hidden than in level 1. It identifies people who can read, but test poorly. They may have developed coping skills to manage everyday literacy demands, but their low level of proficiency makes it difficult for them to face novel demands, such as learning new job skills.
3	276-325	Persons on this level do have a suitable minimum for coping with the demands of everyday life and work in a school completion and college entry. Like higher levels, it requires the ability to integrate several sources of information and solve more complex problems.
4	326-375	Respondents who demonstrate command of higher-order information processing skills.
5	376-500	

(Quelle: OECD, 2000)

Die Mittelwerte für die drei getesteten *Literacies* variieren stark zwischen den einzelnen Ländern. Schweden schneidet bei allen drei *Literacies* am besten ab, Chile immer am schlechtesten.

Tabelle 31: Range der Mittelwerte aller Nationen pro Kompetenzbereich, IALS

Literacy	Mittelwerte Range
Prose	221-301 Punkte
Document	219-306 Punkte
Quantitative	209-306 Punkte

(Quelle: OECD, 2000)

Ein Erreichen des Kompetenzniveaus 3 für einen Hauptteil der Bevölkerung ist erstrebenswert, denn mit Niveau 3 haben Personen „[...]a suitable minimum for coping with the demands of everyday life and work in a school completion and college entry“ (OECD, 2000, S. 12). Laut den Resultaten aus IALS (OECD, 2000) weisen in der Schweiz rund 40% der Befragten eine *Quantitative Literacy* auf, welche unter Level 3 liegt. Für den Fall der *Prose Literacy* sind es bis zu 50-60% und im Fall der *Document Literacy* bis zu 50%. Die Schweiz befindet sich im Mittelfeld unter all den teilnehmenden Ländern.

10.5.4 US National Assessment of Adult Literacy, 2003

Die jüngste *Literacy* Studie aus den USA ist die *National Assessment of Adult Literacy* (NAAL) Befragung aus dem Jahre 2003. Es ist eine repräsentative Erhebung von *Literacy* unter AmerikanerInnen von über 16 Jahren. Die Studie ist vom *National Center for Education Statistics (NCES)* finanziert und die erste und umfangreichste nationale Studie zur Literacy von Erwachsenen seit NALS.

2003 nahmen über 19'000 Erwachsene an der nationalen Befragung teil. Unter den Befragten waren wiederum Gefangene von staatlichen Gefängnissen. NAAL beinhaltet verschiedene Module. So gibt zum Beispiel das *State Assessment of Adult Literacy* Modul (SAAL) Auskunft darüber, wie die einzelnen Bundesstaaten abschneiden. Das

Modul *Adult Literacy Supplemental Assessment* (ALSA) gibt Auskunft darüber, wie die Befragten mit einem geringen *Literacy* Status es fertig bringen, Briefe und numerische Indikationen trotz ihres Handicaps zu verstehen.

Für NAAL wurden die drei erwähnten *Literacies* getestet: *Prose*, *Document* und *Quantitative* (siehe Kapitel C-10.5.1). Weiter wurde in NAAL sichergestellt, dass die *Literacy* Niveaus mit den Rankings aus der 1992 NALS Befragung vergleichbar sind. Das *National Center for Education Statistics* (NECS) hat das *National Research Council's Board on Testing and Assessment* (BOTA) beauftragt, Skalen zu entwickeln, die für NAAL benutzt werden können und hat sich aufgrund der BOTA Empfehlungen für 4 Literacy Ebenen entschieden.

Tabelle 32: Beschreibung Literacy Niveaus NAAL

Literacy Niveau und Skala	Beschreibung
Below Basic Prose: 0-209 Document: 0-204 Quantitative: 0-234	Adults at the Below Basic level range from being nonliterate in English to having the abilities listed below: Locating easily identifiable information in short, commonplace prose texts Locating easily identifiable information and following written instructions in simple documents (e.g., charts or forms) Locating numbers and using them to perform simple quantitative operations (primarily addition) when the mathematical information is very concrete and familiar
Basic Prose: 210-264 Document: 205-249 Quantitative: 235-289	Reading and understanding information in short, commonplace prose texts Reading and understanding information in simple documents locating easily identifiable quantitative information Using it to solve simple, one-step problems when the arithmetic operation is specified or easily inferred
Intermediate Prose: 265-339 Document: 250-334 Quantitative: 290-349	Reading and understanding moderately dense, less commonplace prose texts as well as summarizing, making simple inferences, determining cause and effect, and recognizing the author's purpose Locating information in dense, complex documents and making simple inferences about the information Locating less familiar quantitative information and using it to solve problems when the arithmetic operation is not specified or easily inferred
Proficient Prose: 340-500 Document: 335-500 Quantitative: 350-500	Reading lengthy, complex, abstract prose texts as well as synthesizing information and making complex inferences Integrating, synthesizing, and analyzing multiple pieces of information located in complex documents Locating more abstract quantitative information and using it to solve multistep problems when the arithmetic operations are not easily inferred and the problems are more complex

(Quelle: Kutner et al., 2005)

Die folgenden Abbildungen zeigen Vergleiche der *Literacy* Studien NALS und NAAL mit den neu definierten Kompetenzniveaus aus NAAL.

Abbildung 21: NALS/NAAL Literacy Niveaus in der US Bevölkerung: PROSE

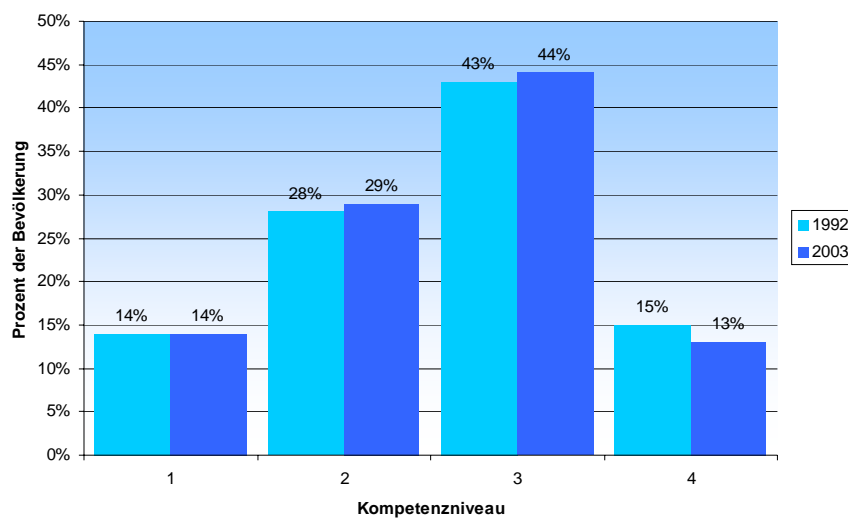


Abbildung 22: NALS/NAAL Literacy Niveaus in der US Bevölkerung: DOCUMENT

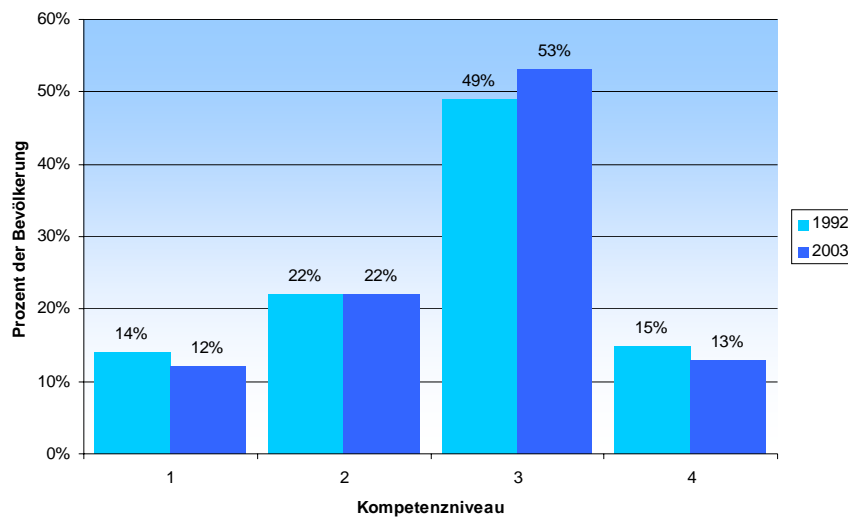
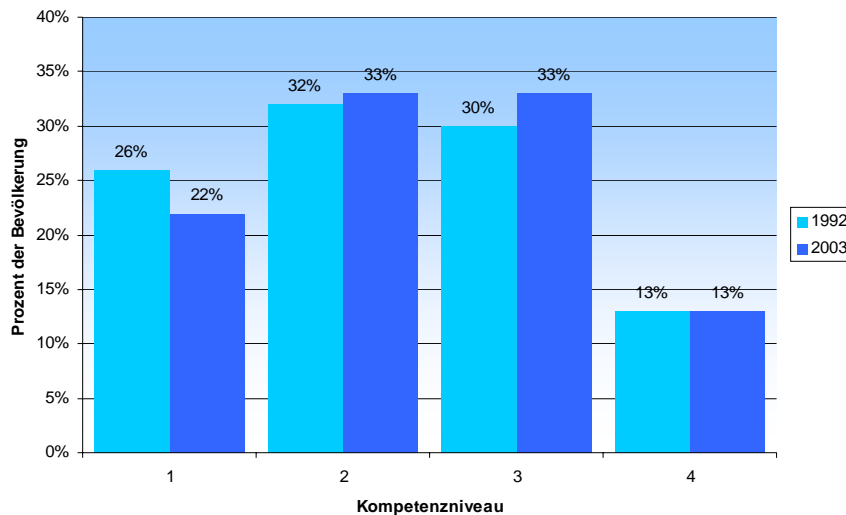


Abbildung 23: NALS/NAAL Literacy Niveaus in der US Bevölkerung: QUANTITATIVE



Zwischen 1992 und 2003 verbesserten sich die Amerikaner über alle drei *Literacies* im Durchschnitt um 8 Skalapunkte, und dies obwohl die *Prose* und *Document* Literacy sich nicht signifikant veränderten. Unter der afroamerikanischen Bevölkerung wuchs die durchschnittliche *Literacy* um ca. 8 Punkte. Die *Hispanics* Population verschlechterte sich vor allem bei der *Prose Literacy* (18 Punkte) und bei der *Document Literacy* (14 Punkte). Interessant ist im Fall von NAAL zu verstehen, wie die Gruppe der *Below Basic Literacy* zusammengesetzt ist. Für die *Prose Literacy* können folgende Aussagen gemacht werden: Spanisch sprechende Personen und Weisse machen einen grossen Teil aus (37% Weisse und 39% *Hispanics*). Fast 60% haben ihre Schulbildung vor der High-School abgebrochen. Weiter sind es tendenziell die über 65 Jahre alten Personen, die einen grossen Teil der Gruppe mit *Literacy* Level 1 ausmachen. Es wiederholen sich Tendenzen, die schon aus NALS bekannt sind: Es sind unter anderem Minderheiten, alte Leute und schlecht gebildete, die auf einem tiefen Level der *Prose Literacy* Skala anzusiedeln sind.

NAAL Health Literacy Component

Hervorzuheben an NAAL ist die Health Literacy Komponente (HLC): Diese Komponente ist laut NAAL die erste Möglichkeit, auf nationaler Ebene Health Literacy

zu erheben. Die Health Literacy Komponente beinhaltet folgende Ziele: „*to improve the Health Literacy of persons with inadequate or marginal literacy skills. The [US Department of Health and Human Services] HHS requested that the 2003 NAAL include questions specifically designed to measure Health Literacy*“ (NAAL, 2003, online auf: <http://nces.ed.gov/NAAL/index.asp?file=AboutNAAL/WhatIsNAAL.asp&PageId=2>).

Um diesen Zielen gerecht zu werden arbeiteten NAAL Wissenschaftler eng mit dem *Department of Health and Human Services* zusammen, um separate Health Literacy Items zu entwickeln.

Die Komponente soll das Bewusstsein für Health Literacy bei unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen fördern und helfen zu verstehen, wie Health Literacy mit verschiedenen anderen Variablen – wie z.B. mit der Performance der Befragten in NAAL – in Verbindung steht. Weiter soll die Health Literacy Komponente Informationen liefern, welche die Entwicklung von Richtlinien und angepassten Programmen zur Förderung von Health Literacy unterstützen. Die Health Literacy Komponente ist weiter eine Basis zur Entwicklung von zielgerichteter Gesundheitsinformation, welche sich an den verschiedenen Health Literacy Niveaus der Empfänger orientieren soll.

Die Health Literacy Komponente (HLC) ist funktional ausgerichtet. Sie wurde entwickelt, um zu messen, wie Amerikanerinnen und Amerikaner ihre *Literacy* Kompetenzen benutzen, um gesundheitsrelevante Informationen zu lesen und zu verstehen. Die Health Literacy Komponente ist eine Antwort auf die Healthy People 2010 Ziele, welche auf nationaler Ebene Gesundheitsförderung und Prävention als zentrale Elemente des *US Departments of Health and Human Services* definieren.

10.5.5 Health Activities Literacy Scale

Rudd hat auf der Basis von NALS und IALS (siehe oben) eine *Health Activities Literacy Scale (HALS)* erarbeitet (2004). Die *Health Activities Literacy Scale* stellt im Moment das einzige Instrument dar, mit dem man Health Literacy in einem größeren Umfang

erfassen kann und das verschiedenste „Health Activities“ wie *Health Promotion, Health Protection, Disease Prevention, Health Care and Maintenance* und *Systems Navigation* abdeckt (Rudd et al., 2004). Die folgende Abbildung illustriert die 5 verschiedenen „Health Activities“ des *Educational Testing Services*.

Abbildung 24: Kategorien von „Health Activities“ mit ausgewählten Beispielen

Aktivitätsfelder Gesundheit	Fokus	Beispiele von Materialien	Beispiele von Aufgaben
<i>Health Promotion</i>	Gesundheit fördern und Gesundheit beibehalten	Zeitungsartikel, Zeitschriftenartikel, Bücher, Broschüren Tabellen, Grafiken und Listen Lebensmittelkennzeichnungen	Essen einkaufen Physische Aktivität planen
<i>Health Protection</i>	Gesundheit schützen, von Individuen und von Gemeinschaften	Zeitungsartikel, Zeitschriftenartikel, Bücher, Broschüren Direkte Mailings zu Gesundheitsthemen Rapporte über Wasserqualität Referenden	Zwischen verschiedenen Produkten wählen Verschiedene Produkte benutzen Abstimmen
<i>Disease Prevention</i>	Prävention und Vorsorgeuntersuchungen	Nachrichten (Radio, Fernsehen, Zeitungen) Direkte Mailings, die auf Impfung und Vorsorge aufmerksam machen Briefe mit Testresultaten Grafiken, Tabellen	Risiko einschätzen Sich Vorsorgeuntersuchungen unterziehen Nachuntersuchungen machen
<i>Health Care and Maintenance</i>	Hilfe suchen und Partnerschaften mit Fachpersonal eingehen	Krankheitsgeschichten Medikamentenbeschreibungen Informationsbroschüren Beschreibungen Medikamenteneinnahme	Symptome beschreiben und messen können Anweisungen vom Arzt oder von Packungsbeilagen befolgen Die Zeit für die Medikamenteneinnahme berechnen
<i>Systems Navigation</i>	Benötigte Dienstleistungen in Anspruch nehmen und Rechte verstehen	Karten Einschreibungsformulare Patientenrechtsformulare Einverständniserklärungen	Institutionen lokalisieren Um Unterstützung anfragen Sich einverstanden erklären

(Angepasst und übersetzt von: Rudd et al., 2004)

In einer Publikation des *Educational Testing Service* (Titel: Literacy and Health in America) stellt Rudd dar (Rudd et al., 2004), wie HALS entwickelt wurde: NALS und IALS wurden auf Items untersucht, welche in Verbindung mit Gesundheit standen. Diese Items wurden einer der oben präsentierten *Health Activities* Domänen zugeordnet. In welchem Verhältnis die 191 definierten Items zugeordnet wurden ist unten aufgeführt. Da die Befragungen, von welchen diese Items ausgesucht wurden, nicht speziell dazu gemacht waren, die *Health Activities* Domänen zu reflektieren, sind die Items für HALS nicht proportional auf alle Domänen aufgeteilt.

Tabelle 33: Health Activities und Anzahl kodierter Items

Health Activities Domänen	Nummer an Items (n=191)
Health Promotion	60
Health Protection	65
Disease Prevention	18
Health Care and Maintenance	16
Systems Navigation	32

(Quelle: Rudd et al, 2004)

Die 191 Items wurden zusätzlich nach ihrem Schwierigkeitsgrad geordnet. Die verschiedenen 191 „*Literacy Tasks*“ erhielten spezifische Werte, je nach dem, wie schwierig sie auszuführen waren. Der Schwierigkeitsgrad wurde durch die *Performance* von Befragten zu den einzelnen Items definiert. Es entstand ein Kontinuum an Schwierigkeitsgraden, basierend auf der „*Item Response Theory*“ (IRT) (Rudd et al., 2004). IRT ist ein mathematisches Modell, mit welchem man einschätzen kann, dass eine bestimmte Person mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit korrekt auf eine Frage oder eine Gruppe von Fragen antworten wird (OECD, 2000). Die einzelnen Items in HALS sind so auf einem einzigen Kontinuum angeordnet, der „*Health Activity Literacy Scale*“, welche von 0 bis 500 reicht. Die Schwierigkeitsgrade widerspiegeln dieselben, welche auch in NALS und IALS erarbeitet wurden (Siehe auch: Kirsch, 2001).

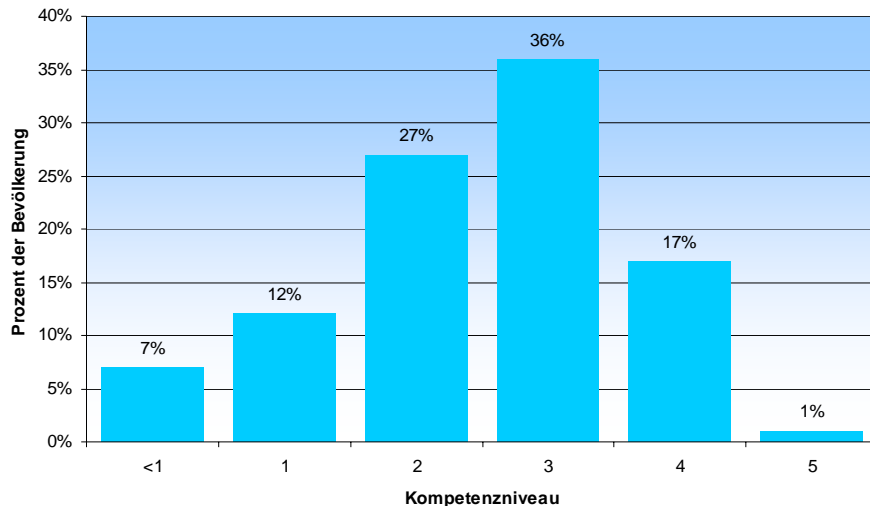
Tabelle 34: Beschreibung Literacy Niveaus HALS

Literacy Niveau	Skala	Beschreibung (nach OECD, 2000)
< 1	0-175	Persons with very poor skills, where the individual may, for example, be able to determine the correct amount of medicine to give a child from information printed on the package.
1	176-225	
2	226-275	Respondents can deal only with material that is simple, clearly laid out, and in which the tasks involved are not too complex. It denotes a weak level of skill, but more hidden than in level 1. It identifies people who can read, but test poorly. They may have developed coping skills to manage everyday literacy demands, but their low level of proficiency makes it difficult for them to face novel demands, such as learning new job skills.
3	276-325	Persons on this level do have a suitable minimum for coping with the demands of everyday life and work in a school completion and college entry. Like higher levels, it requires the ability to integrate several sources of information and solve more complex problems.
4	326-375	Respondents who demonstrate command of higher-order information processing skills.
5	376-500	

(Quelle: Rudd et al, 2004)

Eine erste Auswertung von HALS ergab, dass sich die Resultate von HALS mit den Resultaten von NALS und IALS vergleichen lassen. 19% der Befragten weisen ein Literacy Niveau in HALS von 1 oder darunter auf. Rund 7% sind unfähig, einfachste Aufgaben zu lösen. Rudd weist darauf hin, dass 41% der Befragten, welche lediglich Niveau 1 erreichen, aus spanisch sprechenden Ländern kommen, 51% geben an, in den USA geboren zu sein. Im Jahre 1992 lebten ca. 191 Millionen Menschen in den USA, von welchen 13 Millionen nicht einmal Niveau 1 erreichten, weitere 23 Millionen siedelten sich bei Niveau 1 an (siehe dazu: Rudd et al., 2004).

Abbildung 25: HALS Kompetenzniveaus in der US Bevölkerung



(Quelle: Rudd et al., 2004)

10.5.6 National Literacy Survey Kanada, 1998/1999

In Kanada wurde in den Jahren 1998 und 1999 der *National Literacy Survey* durchgeführt, welcher die nationale Strategie der *Literacy* Programme widerspiegelt. Der Survey wurde von der *National Adult Literacy Database* in einem konsultativen Prozess mit regionalen Vertretern und der nationalen *Literacy Koalitionen* erarbeitet. Die Befragung enthält Information über die *Literacy Programme* und Aktivitäten der verschiedenen Kanadischen Provinzen und Territorien. Sieben Provinzen haben die Befragung durchgeführt (Nova Scotia, New Brunswick, Newfoundland, Prince Edward Island, Manitoba, Saskatchewan, und Alberta).

Ziel war es, die Erarbeitung eines standardisierten Instruments, welches Informationen liefert, die den Bedürfnissen von Personen nachkommen, die sich mit der Förderung von *Literacy* in der Kanadischen Bevölkerung beschäftigen. Die Resultate sollen als Basis für Bildungsprogramme dienen und Input für die Entwicklung von Policies zu *Literacy* in Kanada sein.

10.5.7 Adult Literacy and Lifeskills Survey Kanada, 2003

Die internationale Erhebung Adult Literacy and Lifeskills Survey (ALL) (ehemals ILSS: International Life Skills Survey), misst das Niveau von Grundkompetenzen bei Erwachsenen in den Bereichen Prose Literacy, Document Literacy, Numeracy und Problem Solving. Sechs Länder haben in einer ersten Runde an der Studie teilgenommen. Es sind dies die Schweiz, Norwegen, Italien, Kanada, die USA und die Bermudas. Fünf Staaten führten im Jahre 2005 die ALL Studie durch: Ungarn, die Niederlande, Australien, Neuseeland und Südkorea (Hertig und Notter, 2005).

In Kanada, wo die ALL Studie ebenfalls durchgeführt wurde, besitzen Millionen von Kanadiern nicht die nötigen Grundkompetenzen, um den Anforderungen der heutigen Gesellschaft gerecht zu werden. Die ALL Studie hat diese Erkenntnis nach IALS wieder neu hervorgebracht (Movement for Canadian Literacy, 2005). Kanada platziert sich hinter Norwegen, der Schweiz, und den Bermudas auf Platz vier – noch vor den USA, Italien und dem mexikanischen Staat Nuevo Leon.

Vier von zehn Kanadierinnen und Kanadiern haben nicht die nötigen Kompetenzen, um die immer größer werdenden Herausforderungen des modernen Lebens zu meistern und so einen wertvollen Beitrag an Gesellschaft und Wirtschaft zu leisten. Die gemessenen Kompetenzen haben sich im Vergleich zur letzten Messung mit IALS (neun Jahre früher) kaum verändert. Die Personen, welche die meisten Probleme hatten, haben ihre Kompetenzen leicht verbessert, das heißt, die Quote der Befragten, die auf der niedrigsten Kompetenzstufe anzusiedeln war, hat sich um 2 Prozentpunkte auf 15% verbessert. ALL hält weiter fest, dass geringe Kompetenzen in einem engen Zusammenhang mit dem Einkommen stehen. Weiter bekräftigen die ALL Resultate den digitalen Graben: Die Befragten, welche keinen Computer besitzen, sind auch die mit geringen ALL Kompetenzen. Grundkompetenzen sind auch stark mit dem Gesundheitsstatus verbunden.

10.5.8 Adult Literacy and Lifeskills Survey Schweiz, 2003

ALL wurde im Jahre 2003 auch in der Schweiz durchgeführt. Aus einem Bericht des Schweizerischen Bundesamts für Statistik (Hertig und Notter, 2005) geht hervor, dass Lese- (und Schreib)fähigkeit alleine zwar wichtig sind, dennoch aber nicht ausreichend für den Erfolg im Leben und in der Gesellschaft ganz allgemein. Die ALL Erhebung setzte sich deshalb – auch in der Schweiz – das Ziel, neben der Lesekompetenz (*Prose* und *Document Literacies*) auch die Alltagsmathematik (*Numeracy*) und die *Problemlösungskompetenz* mit einzubeziehen.

Eine Kompetenz wird definiert als die Fähigkeit, mit Erfolg auf komplexe Anforderungen in einem bestimmten Kontext zu reagieren. ALL konzentriert sich auf die kognitiven Aspekte dieser Fähigkeit und geht davon aus, dass Kompetenz eine kontinuierliche Größe ist. In der ALL-Perspektive ist jede und jeder mehr oder weniger kompetent. Untersuchungen, die beispielsweise zwischen Alphabeten und Analphabeten unterscheiden, sind für die Zielsetzung von ALL ungeeignet, weil sie für die Analyse unserer Gesellschaften, in denen fast alle die Möglichkeit hatten, eine Schule zu besuchen und dort ein Minimum an Kompetenzen zu erwerben, nicht genügen (Hertig und Notter, 2005).

Die Resultate der Schweiz in ALL sind unterschiedlich. Bei der Alltagsmathematik liegt sie auf Platz eins, und bei der Problemlösung auf Platz zwei, nach Norwegen. Mittelmäßig ist sie in den Bereichen „Lesen von Texten“ und „Lesen von schematischen Darstellungen“.

Tabelle 35: Unterschiede zwischen Ländern

	Lesen von Texten	Lesen Schemas	Alltagsmathematik	Problemlösung
Länder und Regionen, die statistisch signifikant bessere Leistungen erreichen	Norwegen Bermudas Kanada	Norwegen Kanada	D Schweiz	Norwegen
Länder und Regionen, deren Leistungen sich nicht statistisch signifikant von denen der Schweiz unterscheiden	D Schweiz Schweiz USA	Bermudas D Schweiz Schweiz F Schweiz	Schweiz	F Schweiz Schweiz D Schweiz
Länder und Regionen, die statistisch signifikant schlechtere Leistungen erreichen	F Schweiz I Schweiz Italien	USA I Schweiz Italien	Norwegen I Schweiz F Schweiz Kanada Bermudas USA Italien	Kanada Bermudas Italien

(Quelle: Hertig und Notter, 2005)

11 Gesundheitskompetenz fördern

In den letzten Jahren hat das Interesse an Health Literacy in der Forschung stetig zugenommen (siehe oben), und auch wenn das Konzept verschiedenartig verstanden wurde, so ist allen diesen Definitionen gemeinsam, dass sie sich für mehr Handlungskompetenz bei Patientinnen und Patienten aussprechen. In der Forschung ist jedoch bisher wenig über die Förderung dieser Handlungskompetenz bekannt und es existieren kaum konkrete Interventionsstudien.⁴⁶ Die Verbindung zwischen *Literacy* und *Health* und die damit verbundene Erkenntnis, dass eine Verbesserung der *Literacy* einen positiven Einfluss auf die Gesundheit hat (Lee et al., 2004) fordert Experten der Gesundheitsbildung und der Gesundheitskommunikation (Nutbeam, 2000) wie auch Fachpersonal heraus (McCormick, 2003). Kickbusch (2002) argumentiert – und bezieht neben der *Literacy* auch die Gesundheitsinformation mit ein – dass die Interaktion zwischen der Qualität von Gesundheitsinformation, welche PatientInnen und BürgerInnen im täglichen Leben erreicht, und deren Kompetenzniveau – die Gesundheitskompetenz im Sinne von Verständnis und Umsetzung der Information – eine Schlüsselrolle bei der Entwicklung von „gesunden Gesellschaften“ haben wird. Gazmararian geht noch einen Schritt weiter und schlägt vor, auf der Basis eines umfassenden Verständnisses von Gesundheitskompetenz und der dazugehörigen Messungen, „*Health Literate Societies*“ zu entwickeln. Weiter sollten bestehende Gesundheitsinformationen kritisch evaluiert und ins Licht der Förderung von Gesundheitskompetenz gestellt werden. Sie argumentiert, dass das Vorhandensein von gesundheitsrelevantem Wissen zwar wichtig, aber nicht ausreichend ist, um gesundheitsfördernd zu handeln (Gazmararian et al., 2005). Die Förderung von Gesundheitskompetenz schließt demnach auch ein anzuerkennen, dass zum Beispiel Gesundheitsinformationen nicht nur für hoch gebildete sondern für alle Menschen verfügbar sein müssen (Paasche-Orlow et al., 2006).

46 Diese Aussage basiert auf den Resultaten des systematischen Literaturberichts, welcher von der Autorin in den Monaten Juli und August 2005 durchgeführt worden ist. Ausgesuchte Resultate dieses Literaturberichts sind im Folgenden präsentiert.

Diese Ausführungen verdeutlichen, dass es neben dem Verständnis der Rolle von Gesundheitsinformation, der Benützung des Gesundheitssystems und dem Wissen über gesundheitsförderndes Verhalten auch wichtig ist zu verstehen, wie Patienten sich in einem immer komplexer werdenden Gesundheitssystem zurechtfinden und wie sie dabei unterstützt werden könnten. Verantwortliche sollten laut Payne und Schulte (2003) bemüht sein, präzise, aber dennoch verständliche Informationen für PatientInnen und BürgerInnen bereitzustellen. Dies ist in der Wirklichkeit jedoch selten anzutreffen (siehe oben) und auch in der Forschung finden sich nur wenige Studien zur Förderung von Gesundheitskompetenz. Der Aspekt der Förderung wird vernachlässigt oder gar nicht dokumentiert. Ausgesuchte Resultate aus den wenigen, bis anhin durchgeführten, Studien zur Förderung von Gesundheitskompetenz sind im Folgenden dokumentiert. Die Studien können drei unterschiedlichen Kategorien zugeordnet werden:⁴⁷

- (1) Systematische *Interventionsstudien* zur Förderung von Gesundheitskompetenz
- (2) Studien der *Patientenberatung/-bildung* zur Förderung von Gesundheitskompetenz
- (3) Generell gefasste *Vorschläge* zur Förderung von Gesundheitskompetenz

(1) Systematische Interventionsstudien

Onishi (Onishi et al., 2005) berichtet über die Implementierung eines Programms auf Gemeindeebene speziell für schwangere Frauen in Paraguay, welche die obligatorische Schule nicht beendet haben. Das Programm hatte zum Ziel, Frauen mit einer geringen Gesundheitskompetenz eine gesunde Schwangerschaft zu ermöglichen. Gesundheitskompetenz wurde durch Wissen in qualitativen Interviews gemessen. Onishi fand eine Verbesserung der Gesundheitskompetenz bei den Frauen, die am Förderungsprogramm teilgenommen hatten (Onishi et al., 2005). Van Servellen untersuchte in einer kontrollierten Interventionsstudie die Rolle eines Bildungsprogramms zur Förderung von Gesundheitskompetenz bei HIV/AIDS Patienten (latino-amerikanische Männer und Frauen mit einem geringen Haushaltseinkommen).

⁴⁷ Gesundheitskompetenz wurde in diesen Studien unterschiedlich gemessen. Wie genau, wird jeweils im Text angemerkt. Wenn von funktionaler Gesundheitskompetenz berichtet wird, dann wurde TOFHLA (siehe Kapitel C-10.4) für die Erhebung verwendet.

Das Programm „*Es Por La Vida*“ hatte zum Ziel, die Gesundheitskompetenz und die Kommunikationsfähigkeit der Studienteilnehmer und dadurch auch den Umgang mit der Krankheit HIV/AIDS von Seiten der Patienten zu verbessern. Gesundheitskompetenz wurde in dieser Studie mit REALM (siehe Kapitel C-10.2) erfasst, wobei separat auch Wissensfragen gemessen wurden. Die Intervention zeigte nach sechs Wochen eine signifikante Verbesserung in der Gesundheitskompetenz, dem Wissen und der Einhaltung des Behandlungsregimes bei den Studienteilnehmern (Van Servellen et al., 2003). In einer systematischen Pilotstudie untersuchte Kalichman den Einfluss eines maßgeschneiderten Coachingprogramms für HIV/AIDS Patienten, die immunstärkende Medikamente einnahmen, auf deren Gesundheitskompetenz. Die Gruppe, die am Coachingprogramm teilgenommen hatte, wies nach der Intervention ein grösseres Wissen, mehr Wille zur Befolgung der Medikation sowie mehr Selbstwirksamkeit auf als die Kontrollgruppe (Kalichman et al., 2005). Sarfaty (2005) fand in einer seiner Studien heraus, dass durch die Bereitstellung von speziellen Patientenassistenten für latino-amerikanische Immigrantinnen mit einer geringen Gesundheitskompetenz in den USA die Qualität der Arztbesuche, bei welchen Patienten von diesen speziellen Assistenten begleitet wurden, besser verliefen (Sarfaty, 2005). Unter Health Literacy wurde in dieser Studie die „*patient's ability to understand and act in their own interest*“ verstanden. In einer systematischen Interventionsstudie testete Trifiletti (Trifiletti et al., in Press) die Qualität von Informationen zur Unfallprävention bei Personen mit unzureichender Gesundheitskompetenz (gemessen mit REALM, siehe Kapitel C-10.2). Sie kommt zum Schluss, dass Informationsmaterial zur Unfallverhütung an die Lesefähigkeit der zu erreichenden Zielgruppen angepasst werden muss. Gerber (2005) berichtet über eine „Multimedia-Intervention“, welche Diabetes Patienten mit einer geringen Gesundheitskompetenz helfen sollte, ihre Krankheit besser zu verstehen und folglich besser mit ihr umzugehen. Die Intervention sah vor, dass eine zufällige Stichprobe von Diabetespatienten spezielle multimediale Materialien (Videos, Hörspiele und interaktive Programme) zur Ansicht bekam. Die Benützung dieser multimedialen Materialien resultierte bei dem Teil der Studienteilnehmer, welcher die Materialien tatsächlich benutzte, in einer Verbesserung der Gesundheitskompetenz. Bei den Studienteilnehmern, welche die Materialien nicht benutzten, wurde keine Verbesserung

in der Gesundheitskompetenz festgestellt (Gerber, 2005). Gesundheitskompetenz wurde mit der verkürzten Version von TOFHLA gemessen (siehe Kapitel C-10.4). Auch Kim (2001) arbeitete mit multimedialem Material bei Prostatapatienten mit einem geringen Haushaltseinkommen (CD-Rom zur Unterstützung der Entscheidungsfindung bei Fragen bezüglich der Krankheit) zur Erhöhung von Gesundheitskompetenz – in diesem Fall gemessen mit REALM (siehe Kapitel C-10.2). Nach Kim konnte die multimediale Intervention das Wissen der Prostatapatienten signifikant verbessern und dadurch auch deren Gesundheitskompetenz (Kim et al., 2001). In Indien hat Duff eine Interventionsstudie durchgeführt, welche die Rolle von maßmedialer Kommunikation (*Infotainment* Radio Programm über sexuelle Gesundheit) zur Förderung von Gesundheitskompetenz untersuchte (Duff et al., 2005). Die Resultate der Studie zeigen, dass das Radioprogramm einen positiven Einfluss auf die Gesundheitskompetenz der Studienteilnehmer hatte. Es geht jedoch nicht aus der Studie hervor, wie Gesundheitskompetenz genau gemessen wurde. Donovan (2005) berichtet über eine spezielle online Intervention (WebQuest), welche es Schülern erleichterte, Informationen aus dem Internet zu den Themen *Übergewicht* und *kohlenhydratarmer Ernährung* zu benutzen anstatt diese Informationen nur online zu suchen. Laut Donovan konnte bei den Schülern, nach der Navigation auf dieser speziellen Internetseite, eine Verbesserung der Gesundheitskompetenz festgestellt werden. Was Donovan neben Wissen genau unter Gesundheitskompetenz versteht, geht jedoch nicht aus der Studie hervor (Donovan, 2005).

(2) Patientenberatung/-bildung zur Förderung von Gesundheitskompetenz

Weiter spielt die Gesundheitsbildung eine große Rolle bei der Förderung von Gesundheitskompetenz, entweder in der Schule (Leger, 2001) oder in der Erwachsenenbildung. Die Gesundheitsbildung und speziell die Rolle der ausbildenden Personen sind auch nach Peterson (2001) oder Tappe und Galer-Unti (2001) wichtig, um Gesundheitskompetenz bei verschiedenen Personengruppen oder gar in ganzen Gemeinden zu fördern. Leger (2001) geht in einem theoretischen Artikel auf die Rolle der Schule und die Schnittstellen zwischen den Hauptaufgaben der Schule und ihren Verpflichtungen gegenüber der öffentlichen Gesundheit ein. Tappe und Galer-Unti

(2001) diskutieren in einem weiteren theoretischen Artikel die Verbindung zwischen Health Literacy und dem Eintreten für die Gesundheitsbildung. Die Erkenntnis der Wichtigkeit von Gesundheitskompetenz für die Gesundheit sollte sich beim Eintreten für die Rolle der Schule zur Förderung von Gesundheitskompetenz niederschlagen. Laut Pappas (Pappas et al., 2006) kann die Förderung von Gesundheitskompetenz durch die Gesundheitsbildung jedoch nur funktionieren, wenn Bildungsmaterial immer wieder überarbeitet und unterschiedlichen Situationen angepasst wird.

Verschiedenste empirische Studien haben die Rolle der Gesundheitsbildung, des „Gesundheitscoaching“ oder die Qualität von Bildungsmaterial zur Förderung von Gesundheitskompetenz untersucht. Terry z.B. beschäftigte sich in einer Studie mit der Rolle eines HIV/AIDS Beratungsprogramms, um sexuelles Risikoverhalten bei jungen Leuten aus Zimbabwe zu limitieren. Die Implementierung des Beratungsprogramms bestand darin, die Interaktion zwischen Gleichaltrigen zu fördern und so einen gegenseitigen Lernprozess in Gang zu bringen. Das Programm zeigte Erfolge im Sinne einer Limitierung des Risikoverhaltens bei den Jugendlichen. Er konzipierte Health Literacy als Wissen über HIV/AIDS und den damit verbundenen Problemen, speziell dem Thema Sexualität (Terry et al., 2005). Howe (Howe et al., 2005) fasst die Resultate eines Programms zur Förderung von Gesundheitskompetenz eines Gesundheitsbildungszentrums zusammen. Im Rahmen dieses Programms wurden Patienten des Zentrums in Fokusgruppen bei der Erarbeitung von Bildungsmaterial und Informationsblättern zu bestimmten Themen miteinbezogen. Die Studienteilnehmer zeigten nach Abschluss der Fokusgruppen erhöhte funktionale Gesundheitskompetenz, gemessen mit dem Standardinstrument TOFHLA (siehe Kapitel C-10.4).

Sarang fand heraus, dass Bildungsmaterial für Diabetespatienten effektiv für die Verbesserung des Umgangs mit der Krankheit eingesetzt werden kann. Angemessenes Bildungsmaterial verbesserte das Wissen über Diabetes oder den glykemischen Index bei Patienten mit geringer oder unzureichender Gesundheitskompetenz (Sarang et al., 2004). Laut Sarang würde die Einführung von Patientenbildungsprogrammen generell bei chronischen Krankheiten helfen, das Wissen über die Krankheit und den Umgang mit

derselben zu verbessern. Gesundheitsbildung wurde weiter erfolgreich in der Schwangerschaftsberatung für die Förderung von Gesundheitskompetenz bei jungen Müttern eingesetzt. Renkert und Nutbeam (2001) haben die Wirkung solcher Schwangerschaftsberatungen untersucht und festgestellt, dass diese einen positiven Effekt auf die Gesundheitskompetenz der beteiligten jungen Mütter hatten. Der Studie lag die Health Literacy Definition von Don Nutbeam (siehe Kapitel C-9) zugrunde und das Konzept wurde mit qualitativen Interviews und in Fokusgruppen gemessen (Renkert und Nutbeam, 2001). Kim untersuchte in einer kontrollierten Interventionsstudie die Rolle von Bildungsmaterial für Diabetespatienten mit limitierter Gesundheitskompetenz gemessen mit TOFHLA (siehe Kapitel C-10.4). Die Studie zeigte, dass durch das Bildungsmaterial bei Diabetespatienten, sowohl das Wissen über die Krankheit, als auch die damit verbundene Behandlung und die Gesundheitskompetenz verbessert werden konnte (Kim et al., 2004).

Ein Ort, wo unzureichende funktionale Gesundheitskompetenz entdeckt und nötige Hilfe geleistet werden kann, ist die Apotheke. Ohne eine Sensibilisierung des Apothekers für das Problem von geringer Gesundheitskompetenz ist nach Hardin (2005) eine effektive Kundenberatung nicht möglich. Dem Apotheker kommen deshalb zentral wichtige Rollen bei der Lösung des Problems einer geringen Gesundheitskompetenz zu. Das Zustandekommen einer auf Vertrauen basierenden Interaktion zwischen dem Kunden und dem Apotheker kann in diesem Sinne helfen, geringe Gesundheitskompetenz zu erkennen (Nicholas-English, 2000). So wird zunehmend gefordert, dass Apotheker geschult würden, um mit Kunden mit einer ungenügenden Gesundheitskompetenz im Beratungsgespräch der Situation angepasst zu kommunizieren (Youmas und Schillinger, 2003).

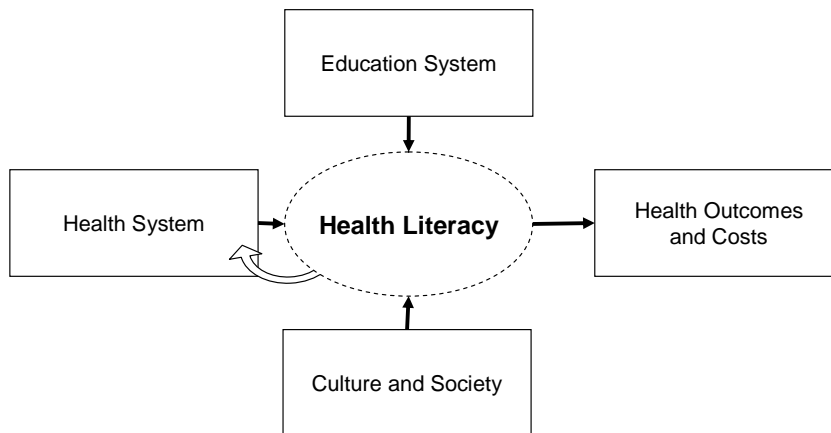
(3) Generelle Vorschläge zur Förderung von Gesundheitskompetenz

Verschiedene Autoren haben generelle Vorschläge zur Verbesserung von Gesundheitskompetenz. Ratzan (2001) schlägt konkret einen strategischen Zugang zur Gesundheitskommunikation zur Förderung von Gesundheitskompetenz vor. Er sieht die Gesundheitskommunikation, wie sie zur Förderung von Gesundheitskompetenz

herangezogen werden sollte, in vier verschiedenen Bereichen: integrated marketing communication, education, negotiation, social capital. Neben Ratzan sind die Vorschläge zwischen sehr generell, wie *“people prefer information that is as easy to understand as possible”*, *“use of plain language in written materials whenever possible”* (Merriman et al., 2002), *“[...] it is essential that health care providers promote informed decision making, and facilitate actions designed to improve personal capacity to exert control over factors that determine health and improve outcomes”* (Levin-Zamir und Peterburg, 2001) und sehr konkret, wie Beispiele zur Verbesserung der Arzt-Patienten Interaktion (Fitzgerald, 2004; Mantone, 2005) anzusiedeln. Virginia schlägt eine Forschungsagenda zum Thema Förderung von Gesundheitskompetenz vor und geht in ihrer Publikation *The ABC's of Health Literacy* auf die Rolle von Fachpersonal im Gesundheitswesen und der Forschung ein (Virginia et al., 2005). Doak (Doak et al., 1996) veröffentlichte 1996 ein Handbuch mit praktischen Ratschlägen zu wie Informationsmaterial zu Gesundheits- und Krankheitsthemen vereinfacht werden kann.

Aus verschiedenen Studien in Public Health gingen unterschiedliche Modelle zur Förderung von Gesundheitskompetenz hervor. Das wichtigste Modell wird im IOM (Institute of Medicine) Report *„Health Literacy – a Prescription to End Confusion“* präsentiert (Nielsen-Bohlmann et al., 2004). Das Modell verdeutlicht, wo im Moment die Hauptinterventionsebenen zur Förderung von Health Literacy gesehen werden: Die Faktoren *„Education System“*, *„Health System“* und *„Culture and Society“* sollen indirekt über Health Literacy zur Förderung von Gesundheit beitragen.

Abbildung 26: Interventionsebenen IOM



(Quelle: Nielsen-Bohlman, 2004)

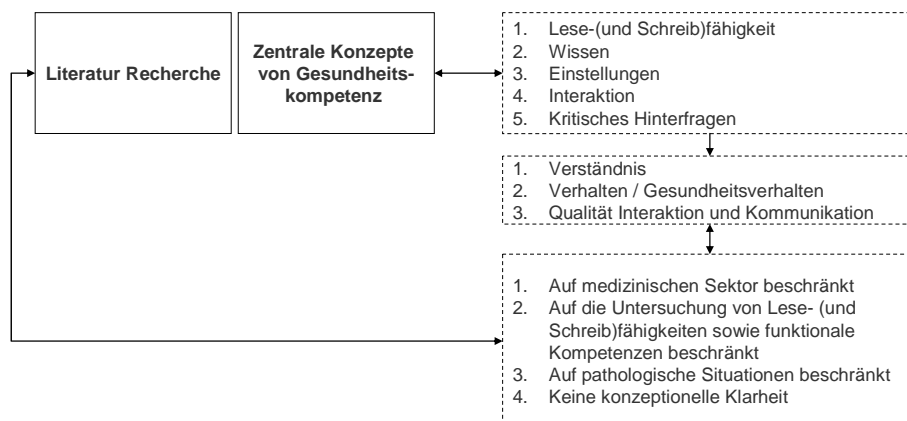
Die drei Faktoren stellen unterschiedliche, komplementäre Interventionsebenen dar, wenn es darum geht, Health Literacy positiv zu beeinflussen und somit indirekt eine Wirkung auf die Gesundheit zu erzielen: *„these sectors provide intervention points that are both challenges and opportunities for improving health literacy“* (Nielsen-Bohlman et al., 2004). Strategien, die diese drei Interventionsebenen integrieren, werden langfristig zu einer verbesserten Gesundheitskompetenz, besserer Gesundheit sowie geringeren Gesundheitskosten führen (Stark, 2003).

12 Zusammenfassung Kapitel C

Dieses Kapitel hatte zum Ziel, das Thema der Gesundheitskompetenz – Konzeption, Messung und Förderung – umfassend aufzuarbeiten. In einem ersten Schritt hat es sich auf die wissenschaftliche Diskussion konzentriert, in welcher Gesundheitskompetenz immer mehr an Bedeutung gewinnt und auf unterschiedlichste Arten definiert wird. Auf eine anfängliche Konzentration auf die Lese- (und Schreib)fähigkeit von Patienten, die aus medizinischen Gründen mit dem Gesundheitssystem in Kontakt kamen, folgten Konzeptionalisierungen von Health Literacy, welche berücksichtigten, dass es sich dabei um eine funktionale Kompetenz handelt und dass es weiter darum geht, wie Patienten sich im Gesundheitskontext „kompetent“ bewegen. Die Weltgesundheitsorganisation leitete als erste die Diskussion zu einer breiteren Auffassung von Gesundheitskompetenz ein, welcher verschiedenste Konzeptionalisierungen folgten (siehe Kapitel C-9). Weitere Definitionen sehen in Gesundheitskompetenz mehr als nur eine *Literacy* oder funktionale Kompetenz limitiert auf das Gesundheitssystem. Es ist die Definition von Kickbusch und Maag hervorzuheben, welche verdeutlicht, dass Gesundheitskompetenz eine Alltagskompetenz ist, die uns in unserem Leben immer begleitet (Kickbusch und Maag, 2005; Kickbusch et al., 2005; siehe auch Kapitel C-8.3).

Grundsätzlich konzentrierte sich die Health Literacy Forschung auf wenige zentrale Konzepte von Kompetenz, welche in folgender Abbildung schematisch dargestellt seien.

Abbildung 27: Zentrale Komponenten von Gesundheitskompetenz



Die zentralen Komponenten von Gesundheitskompetenz, welche durch die intensive Literaturstudie und die umfassende Literatur Recherche erarbeitet wurden sind Lese- (und Schreib)fähigkeit, Wissen, Einstellungen, die Fähigkeit der Interaktion und des kritischen Hinterfragens. Diese zentralen Komponenten von Gesundheitskompetenz haben einen Einfluss auf das Verständnis zu unterschiedlichen Gesundheitsthemen, auf die Gesundheit (oder das Gesundheitsverhalten als eine zentrale Determinante der Gesundheit) und auf die Qualität von Interaktions- und Kommunikationsprozessen im Zusammenhang mit Gesundheits- und/oder Krankheitsthemen.

In einem zweiten Teil dieses Kapitels wurde auf verschiedene Möglichkeiten der Messung von Gesundheitskompetenz eingegangen. Die in Kapitel C-10 diskutierten Standardinstrumente zur Erhebung von Health Literacy messen primär die Lese- (und Schreib)fähigkeit im medizinischen Kontext oder eine funktionale Kompetenz und nicht die gesamte Palette von Kompetenzen, die eine gesundheitskompetente Person ausmachen.⁴⁸ Auch die in Kapitel C-10.5 vorgestellten nationalen und internationalen *Literacy* Erhebungen (siehe NALS, IALS, NAAL und ALL) weisen Grenzen auf im Sinne einer Konzentration auf *Document*, *Prose* und *Quantitative Literacies*. Weiter waren diese Befragungen nicht speziell darauf ausgerichtet, *Health Literacy* zu messen und auch wenn die Health Literacy Komponente aus NAAL den Anspruch erhebt, Gesundheitskompetenz zu messen, tut sie dies nur bedingt auf einer funktionalen Ebene. Nimmt man das Health Literacy Modell von Nutbeam (Nutbeam, 2001; siehe auch Kapitel C-9) als Diskussionsgrundlage (*funktionale*, *interaktive* und *kritische* Ebene), so zeigt sich, dass im Moment noch keine vereinheitlichten Items zur Messung aller drei Ebenen zur Verfügung stehen. Die obigen Ausführungen veranschaulichen, dass bis anhin Health Literacy nur auf einer funktionalen Ebene gemessen wurde.

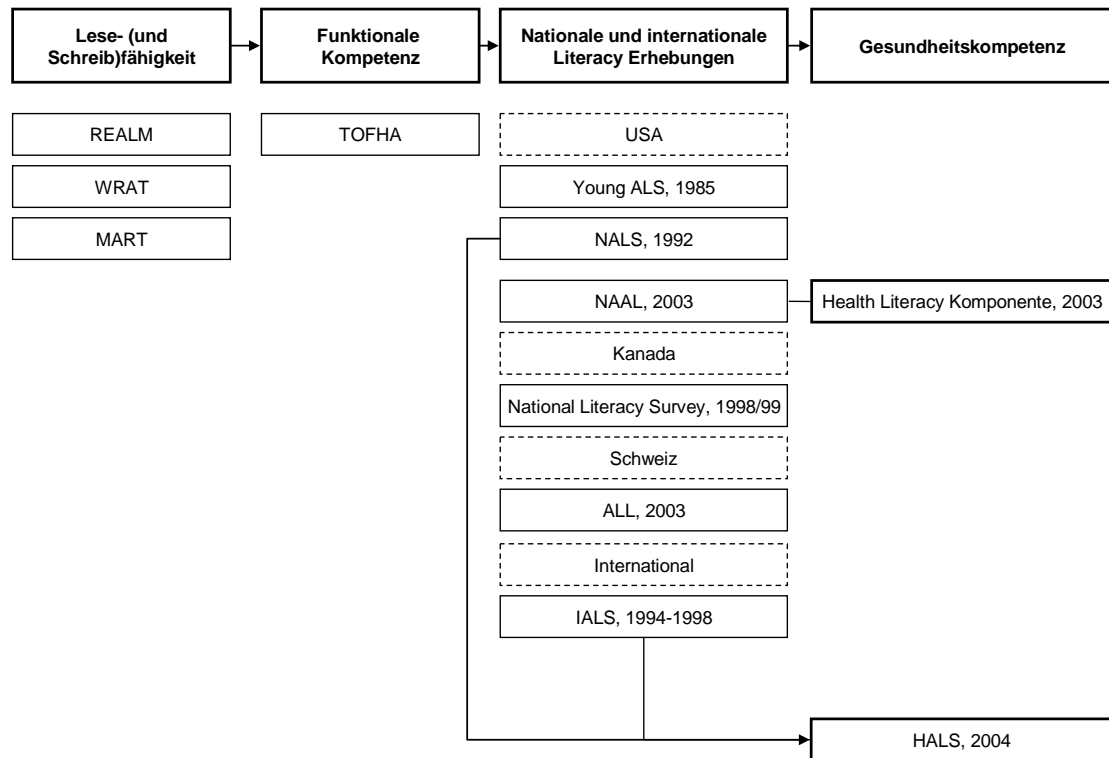
Auch wenn Gesundheitskompetenz auf *Literacy* aufbaut, können Messungen von Gesundheitskompetenz nicht auf *Literacy* beschränkt sein. Im Gegenteil: Health Literacy beinhaltet die Fähigkeit, im Alltag – in verschiedenen Situationen – der Gesundheit

48 Bedingt durch die Definitionen von Gesundheitskompetenz (siehe Kapitel C-9).

fördernd zu *handeln und kompetent mit der eigenen Bedürftigkeit umzugehen*. In diesem Sinne adressiert Rudd die Anforderungen an ein umfassendes Instrument zur Messung von Health Literacy mit ihrer *Health Activities Literacy Scale (HALS)* (siehe Kapitel C-10.5) am besten (Rudd et al., 2004). Aus der Anordnung von Aufgaben (Tasks) in verschiedenen *Health Activities Domänen* geht hervor, dass Health Literacy nicht auf den medizinischen Kontext limitiert ist, sondern Bereiche wie die Gesundheitsförderung und die Prävention im Alltag mit einschließt. Weiter hat HALS den Vorteil, dass durch die Anordnung von verschiedenen Health Literacy Aufgaben entsprechend ihrem Schwierigkeitsgrad, eine Klassifikation von Personen auf unterschiedlichen Health Literacy Niveaus möglich wird.

Auch wenn Schwierigkeiten bei der Messung von Gesundheitskompetenz aufgezeigt werden konnten, sind die Entwicklungen in der Messung von Gesundheitskompetenz beachtlich. Von puren Worterkennungsmessungen über Messungen zu Lese- (und Schreib)fähigkeit, über die Erhebung von funktionaler Gesundheitskompetenz bis hin zu nationalen Befragungen, wurden über die letzten 10 Jahre viele Instrumente entwickelt und verfeinert.

Abbildung 28: Entwicklung Messungen von Gesundheitskompetenz



Zusammenfassend sollte nochmals angemerkt werden, dass, auch wenn eine beachtliche Entwicklung in der Health Literacy Forschung über die letzten Jahre aufgezeigt werden konnte, diese immer noch in ihren Anfängen steckt. Dieses Anfangsstadium ist durch verschiedenste Unschärfen, sei es bei der Definition wie auch bei der Messung von Gesundheitskompetenz charakterisiert. An Health Literacy interessierte Forscher definieren das Konzept unterschiedlich und was in verschiedenen Studien mit Gesundheitskompetenz bezeichnet wird, wird auf unterschiedlichste Weisen gemessen (David and Baker, 2006). Eine Studie, welche unter Gesundheitskompetenz ein mit REALM gemessenes Konstrukt versteht, weicht erstens von einem funktionalen Verständnis von Gesundheitskompetenz (z.B. gemessen mit TOFHLA) ab und vernachlässigt zweitens wichtige Komponenten von Health Literacy (limitiert sich auf den *Health* Kontext). Studien, welche sich mit Wissen bezüglich bestimmter Gesundheitsthemen beschäftigen und Wissen mit Gesundheitskompetenz gleichsetzen,

messen höchstens einen Teil eines um ein Vielfaches komplexeres Health Literacy Konzeptes.

Es wird deutlich, dass in der Forschung noch kein konsolidiertes Verständnis darüber besteht, was Gesundheitskompetenz umfassend aber konkret für unterschiedliche Gesundheitsbereiche bedeutet. Die bisherige Health Literacy Forschung kann durch ihre Unschärfen in der Definition und durch die Anwendung verschiedenster Messinstrumente zur Erfassung dieses unscharf definierten Konzeptes keine konkreten Aussagen zu „*Gesundheitskompetenz im Gesundheitsbereich X*“ machen. Es existieren z.B. keine Studien über Gesundheitskompetenz in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Gewicht, weder für einen der Bereiche separat noch für alle drei Bereiche gemeinsam.

Die vorliegende Dissertation füllt im Rahmen einer qualitativen Studie zu Gesundheitskompetenz in Ernährung, Bewegung und Gewicht genau diese Lücke. Sie erarbeitet, was für spezifische Komponenten Gesundheitskompetenz in Ernährung, Bewegung und Gewicht ausmachen, wie eine gesundheitskompetente Person beschrieben werden kann und was für Faktoren Gesundheitskompetenz allenfalls beeinflussen.⁴⁹ Angesichts der bis anhin existierenden Schwierigkeiten in der Definition von Gesundheitskompetenz wird sich die Studie in einem qualitativen Rahmen darauf konzentrieren, wichtige Komponenten von Gesundheitskompetenz in Ernährung, Bewegung und Gewicht zu erarbeiten. Die Studie wird im nächsten Kapitel beschrieben (siehe Kapitel D).

49 Basis für die Erarbeitung von Gesundheitskompetenz für die Bereiche Ernährung, Bewegung und Gewicht bildet die Health Literacy Definition von Kickbusch und Maag (Kickbusch und Maag, 2005; Kickbusch et al., 2005).

D – Gesundheitskompetenz bezüglich Ernährung, Bewegung und Gewicht

Wie im vorherigen Kapitel gesehen, gewinnt Gesundheitskompetenz in der Forschung mehr und mehr an Bedeutung (siehe Kapitel C). Definiert als die Fähigkeit des einzelnen, im täglichen Leben (zu Hause, bei der Arbeit, im Gesundheitssystem und in der Gesellschaft ganz allgemein) Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken (Kickbusch und Maag, 2005; Kickbusch et al., 2005), stellt Gesundheitskompetenz auch den Bezugsrahmen der in diesem Kapitel beschriebenen empirischen Studie dar. Die Studie zeigt zentrale Komponenten von Gesundheitskompetenz für die drei Gesundheitsbereiche Ernährung, Bewegung und Gewicht anhand einer qualitativen Untersuchung auf. Es geht aus der Studie hervor, dass der Wichtigkeit von Gesundheitskompetenz, im Sinne eines verantwortungsvollen Umgangs mit der eigenen Bedürftigkeit, einer interessierten Aufnahme sowie einer Verarbeitung von Gesundheitsinformationen und aktuellem Gesundheitsverhalten immer mehr Beachtung geschenkt werden sollte.

13 Methodik

13.1 Forschungsfragen⁵⁰

Die vorliegende Studie konzentriert sich auf die Erarbeitung von Idealtypen eines mehr oder weniger kompetenten Umgangs mit der eigenen Bedürftigkeit im Zusammenhang mit Ernährung, Bewegung und Gewicht. Sie stellt mögliche Verbindungen zwischen Komponenten dar, die Gesundheitskompetenz *beschreiben* und Komponenten, welche diese *beeinflussen*.

Die Forschungsfragen lauten:

- (1) Gibt es spezifische Komponenten von Gesundheitskompetenz für die Bereiche Ernährung, Bewegung und Gewicht und was sind das für Komponenten?
- (2) Wie kann jemand als gesundheitskompetent für die Bereiche Ernährung, Bewegung und Gewicht beschrieben werden?

⁵⁰ Siehe Kapitel A-3.1 für eine ausführliche Darstellung der Forschungsfragen.

- (3) Welche möglichen Komponenten erklären einen kompetenten Umgang mit Ernährung, Bewegung und Gewicht?

Mit diesen Fragen verbunden ist das Interesse zu verstehen, was Menschen mit Ernährung, Bewegung und Gewicht im Speziellen, aber auch mit verwandten Themen wie der „Marktorientierung“⁵¹ oder dem „Informationsverhalten“ verbinden.

13.2 Methodische Grundlagen

Zur Beantwortung der oben formulierten Forschungsfragen wurden in der Deutschschweiz, im Tessin und in der Romandie Personen im Rahmen von halbstrukturierten Interviews zum Thema Gesundheitskompetenz für die Bereiche Ernährung, Bewegung und Gewicht befragt. Die Analyse der mit diesen Interviews gesammelten Daten erhebt keinen Anspruch auf eine vollständige Rekonstruktion von untersuchten einzelnen Interviews, sondern beschränkt sich auf ein methodisch kontrolliertes und interpretatives Verstehen des Sinnes der Gesamtheit der Interviews mit einem Fokus auf Ernährungsverhalten, Bewegungsverhalten, dem Umgang mit dem eigenen Gewicht der Befragten sowie den damit verbundenen Elementen für ein besseres Verständnis von Gesundheitskompetenz in den genannten Bereichen. Dabei interessiert im Speziellen der Regelcharakter der subjektiven Wahrnehmungen zu Ernährung, Bewegung und Gewicht der Befragten. Ziel der Studie ist es, die *idealtypischen Deutungsmuster*, die sich im Rahmen des Themas *Gesundheitskompetenz für Ernährung, Bewegung und Gewicht* ergeben, zur Darstellung zu bringen und Hinweise für mögliche Verbindungen zwischen Komponenten, die Gesundheitskompetenz beschreiben und Komponenten, welche diese erklären, aufzuzeigen.

⁵¹ Unter „Marktorientierung“ wird an dieser Stelle das Verhalten der Befragten beim Einkauf von Lebensmitteln oder anderen mit der Ernährung oder der Bewegung im Zusammenhang stehenden Produkten und Dienstleistungen verstanden. Der Ausdruck „Markt“ wird für diese Studie definiert als das Umfeld, in dem sich die Befragten beim Kauf von Produkten und Dienstleistungen bezüglich Ernährung, Bewegung und Gewicht bewegen (z.B. Supermärkte wie COOP oder MIGROS in der Schweiz).

13.2.1 Methodische Vorüberlegungen

13.2.1.1 *Vorbereitende Interviews (lange, vertiefte Interviews)*

Zur Beantwortung der gestellten Forschungsfragen und der Adressierung der formulierten Ziele waren mehrere Schritte im Forschungsprozess nötig. Durch die Arbeit mit einem neuen Konzept und einer neuen Definition von Gesundheitskompetenz war es zuerst erforderlich zu testen, ob es möglich ist, mit dieser Definition als Basis für die vorliegende Studie zu arbeiten. Zu diesem Zweck wurden im Vorfeld von der Autorin 26 vertiefte Interviews in der deutschen und in der italienischen Schweiz durchgeführt, wobei in Gesprächen Elemente von Gesundheitskompetenz in Bezug auf die Themenbereiche Ernährung, Bewegung und Gewicht mit den Interviewpartnern diskutiert wurden.⁵²

Eine erste Analyse dieser Interviews zeigte, was für Elemente für die Konzeption von Gesundheitskompetenz in Ernährung, Bewegung und Gewicht relevant sein könnten. Die Analyse veranschaulichte weiter, dass sich gut mit der in Kapitel C-9.3 eingeführten Definition von Gesundheitskompetenz (siehe Kickbusch und Maag, 2005; Kickbusch et al., 2005) arbeiten lässt. Es ging aus den vertieften Interviews hervor, dass Health Literacy in Ernährung und Bewegung mit der Fähigkeit, kompetent mit der eigenen Bedürftigkeit umzugehen, zusammenhängt. Diese Kompetenz drückt sich in mündigen Entscheidungen für die Gesundheit im Alltag aus und basiert – dies zeigen ansatzweise wiederum die Resultate der vertieften, vorbereitenden Interviews – auf der Fähigkeit, mit Gesundheitsinformationen umzugehen, diese lesen und verstehen zu können sowie dementsprechend zu handeln. Aufgrund dieser Erkenntnisse wurden erste Schwerpunkte

52 Diese Interviews folgten keinem vordefinierten Interviewleitfaden. Es wurde mit den 26 Befragten jeweils folgende Themenbereiche diskutiert: 1) Was ist dem/der Befragten im Zusammenhang mit den Themen Ernährung, Bewegung und Gewicht wichtig (wie isst jemand, wieso isst jemand was, was ist mit dem Essen verbunden, was ist wichtig, was ist weniger wichtig, was ist der Zusammenhang mit dem Thema Gesundheit, ...)? (analog auch zu den Themen Bewegung und Gewicht). 2) Wie sieht der/die Befragte seine/ihre Rolle als KonsumentIn, als BürgerIn, als PatientIn? 3) Was weiss der/die Befragte zu den Themen Ernährung, Bewegung und Gewicht (offene Diskussion über die Lebensmittelpyramide, die Bewegungspyramide und den Body Mass Index). 4) Was sind Lösungsansätze, um gesünder zu leben, ist dies überhaupt erstrebenswert, wieso, wieso nicht, wie stehen die Themen Ernährung, Bewegung und Gewicht in einem Zusammenhang mit diesen Fragen?

für die Entwicklung des eigentlichen Messinstruments der vorliegenden Studie (halbstrukturierte Interviews) gesetzt, welches sich demnach auf die Themenbereiche Gesundheitsverhalten (Ernährung, Bewegung, Gewicht), Marktorientierung, Informationsverhalten und Gesundheitswissen (Ernährung, Bewegung, Gewicht) konzentrierte.⁵³

13.2.1.2 Interviewerinnen

Für das Projekt wurden sechs weibliche Interviewerinnen eingestellt, welche die geplanten Interviews vor Ort durchführten. Die Interviewerinnen wurden einzeln geschult und mussten zum Abschluss der Schulung ein Testinterview in Anwesenheit der Autorin durchführen. Das Interview wurde im Anschluss besprochen. Auf diese Weise wurde sichergestellt, dass alle Interviewerinnen die Interviews auf dieselbe Weise durchführten und dass auftretende Probleme sofort besprochen und gelöst werden konnten. Alle Probleme, die sich während den Schulungen mit den Interviewerinnen ergaben, wurden von der Autorin gesammelt und im Anschluss an alle Schulungen den Interviewerinnen mitgeteilt, so dass alle den selben Wissensstand hatten, bevor die eigentliche Datenerhebung begann. Die Testinterviews wurden nicht als gültige Interviews gezählt, sondern dienten einzig der Vorbereitung.

13.2.2 Forschungsdesign

13.2.2.1 Praktisches methodisches Vorgehen

Das Projekt sah die Durchführung von hundert halbstrukturierten Interviews in der Deutschschweiz (50), der italienischen Schweiz (25) und der französischen Schweiz (25) vor. Die Konzentration auf die (halbstrukturierte) Interviewtechnik ist dadurch begründet, dass die Studie in einem ersten Schritt zum Ziel hatte, das Thema der Gesundheitskompetenz für die Bereiche Ernährung, Bewegung und Gewicht zu erarbeiten. Die Entscheidung für halbstrukturierte Interviews ist weiter damit begründet,

⁵³ Der halbstrukturierte Interviewleitfaden ist im Anhang dieses Dokuments aufgeführt (Deutsch, Französisch, Italienisch).

dass in der Schweiz schon verschiedene repräsentative Studien zu Ernährungsverhalten, Bewegungsverhalten und Gewicht vorliegen (siehe Kapitel B-7) und diese Abschnitte deshalb für die vorliegende Studie kurz gehalten wurden. Verhaltensfragen wurden dennoch in die Interviews aufgenommen, um ein komplettes Bild über Elemente von Gesundheitskompetenz zu erhalten. Diese Verhaltensfragen wurden in einer standardisierten Form aufgenommen. Offene Fragen im Interview dienten dazu, den Befragten die Möglichkeit zu geben, ihre zu den standardisierten Fragen gegebenen Antworten zu begründen oder sich vertiefter zu spezifischen Themen zu erklären.

Die Stichprobe für die vorliegende Studie wurde nach dem Schneeballprinzip gebildet.⁵⁴ Die rekrutierten Interviewerinnen wurden gebeten, ihre Interviewpartner selber zu suchen.⁵⁵ Sie wurden damit beauftragt, in ihrem Bekanntenkreis Personen anzufragen, ob diese wiederum Personen anfragen können, um an den geplanten Interviews teilzunehmen. Die zu befragenden Interviewpartner wurden aufgrund von definierten Kriterien ausgewählt. So hatte jede Interviewerin die Aufgabe, Personen von unterschiedlichem Alter, Geschlecht, Körpergewicht, sozialem Status und Ausbildung zu suchen. Innerhalb der den Interviewerinnen zugeteilten Quoten mussten diese Merkmale gleichmäßig unter den Befragten verteilt sein.⁵⁶ Mit diesem Verfahren wurde sichergestellt, dass die Interviewerinnen die Befragten nicht kannten und dass auf die gesamte Stichprobe aufgerechnet verschiedene Merkmale (Alter, Geschlecht, usw.) gleichmäßig verteilt wurden.

13.2.2.2 Erhebungsverfahren

Die hundert Interviews wurden während den Monaten Oktober und November 2005 in den verschiedenen Landesteilen durchgeführt. In der Deutschschweiz wurde der Raum

54 Eine ausführliche Diskussion der Grenzen dieser Samplingmethode findet sich in Kapitel E.

55 Die Interviewerinnen durften ihre Interviewpartner nicht kennen.

56 Eine Interviewerin, die dazu beauftragt war, 10 Interviewpartner zu finden, stellte sicher, dass diese jeweils zu 50% männlich und 50% weiblich waren, jeweils nur ein Viertel sich in derselben Altersklasse befand (bis 30 Jahre, 31-45 Jahre, 46-60 Jahre, 61- Jahre), jeweils ein Viertel sich in derselben Gewichtsklasse befand (leicht, normal, schwer, sehr schwer) und dass diese von unterschiedlichem sozialem Status waren und unterschiedliche Ausbildungen genossen hatten.

Zürich, der Raum St. Gallen und der Raum Luzern abgedeckt (jeweils Stadt und Land). Im Tessin war es der Raum Lugano (Stadt und Land) und in der Romandie der Raum zwischen Fribourg und Lausanne (auch hier Stadt und Land). Jedes Interview dauerte ca. 1 bis 1½ Stunden. Die Interviewerinnen hatten klare Anweisungen zur Durchführung der Interviews (siehe oben), zur Notizennahme und zur Zusammenfassung der Interviews. Die Antworten zu den Interviews wurden von den Interviewerinnen nach dem Interview direkt am Computer in einem vorgegebenen Raster erfasst.

13.2.2.3 Analyseverfahren

Die Analyse der mit den Interviews gesammelten Daten wurde in drei Teile unterteilt.

- Teil 1 Deskriptive Analyse quantitative Fragen / Antworten
- Teil 2 Qualitative Analyse Teil A: Mind Maps zur Darstellung von Bedeutungen Ernährung, Bewegung, Gewicht, Gesundheitsinformation und Markt bei den Befragten (siehe Kapitel D-15.1).
- Teil 3 Qualitative Analyse Teil B: Erarbeitung von idealtypischen Komponenten von Gesundheitskompetenz in Ernährung, Bewegung und Gewicht (siehe D-15.2).

So konzentriert sich ein erster Analyseteil auf die quantifizierbaren Antworten der Interviews (siehe Kapitel D-14). Ein zweiter Teil widmet sich ausschließlich der qualitativen Analyse der nicht zu quantifizierenden Antworten der Interviews (siehe Kapitel D-15.1 und Kapitel D-15.2⁵⁷). Für die qualitative Analyse wurden in einem ersten Schritt die Themen Ernährung, Bewegung und Gewicht, sowie Marktorientierung und Informationsverhalten untersucht. Das Ziel dieses ersten Teils A war es, zu verstehen, was die Befragten mit den genannten Themen in Verbindung bringen. Der zweite Teil B beschäftigte sich damit, auf der Basis der im ersten Teil erarbeiteten Kategorienstruktur, idealtypische Komponenten von Gesundheitskompetenz in

⁵⁷ Siehe auch eine detaillierte Beschreibung der Analyseverfahren in Kapitel D-15.1 und D-15.2.1

Ernährung, Bewegung und Gewicht zu erarbeiten, um diese so beschreiben und erklären zu können.

13.2.3 Grounded Theory als Analysemethode in der qualitativen Sozialforschung

Die qualitative Analyse bediente sich der Grounded Theory zur Erarbeitung von idealtypischen Komponenten von Gesundheitskompetenz in Ernährung, Bewegung und Gewicht. Bei der Grounded Theory (im Deutschen auch die *gegenstandsverankerte Theorie* genannt) handelt es sich um eine sozialwissenschaftliche Methodologie zur Entwicklung von Theorien, die im Kontext der Chicagoer Schule von den beiden amerikanischen Soziologen Barney G. Glaser und Anselm L. Strauss entwickelt wurde (Glaser und Strauss, 1967; Glaser, 1978; Strauss, 1994; Strauss und Corbin, 1996). Die Grounded Theory kann dem interpretativen Paradigma zugeordnet werden und steht in der Tradition des symbolischen Interaktionismus, der besagt, dass der Mensch in einer symbolisch vermittelten Umwelt steht, in welcher Sinn im wechselseitig orientierten sozialen Handeln geschaffen wird (Mead, 1975). Die zentralen Grundannahmen des Symbolischen Interaktionismus sind:

- (1) Menschen handeln Dingen gegenüber auf der Grundlage von Bedeutungen, die diese Dinge für sie besitzen.
- (2) Die Bedeutungen dieser Dinge leiten sich aus sozialen Interaktionen ab, bzw. entstehen dort.
- (3) In einem interpretativen Prozess werden diese Bedeutungen benutzt, gehandhabt und abgeändert, das heisst, sie werden in einem Interpretationsprozess entwickelt, erprobt und weiter modifiziert (siehe dazu auch: Guggenbühl und Berger, 2001).

Speziell für die Grounded Theory steht der Ansatz, dass eine Theorie in kontinuierlicher Auseinandersetzung mit den Daten erfolgt, durch ein ständiges Wechselspiel zwischen dem induktiven Aufstellen von Hypothesen auf der Basis der empirischen Daten und der deduktiven Überprüfung dieser Vermutungen durch weitere empirische Daten (Eckert, 2004). Dies bedeutet, dass Konzepte aus dem Datenmaterial heraus entwickelt und nicht von Aussen herangezogen werden. Ziel der Analyse ist die Erarbeitung einer latenten

Sinnstruktur (siehe dazu auch: Guggenbühl und Berger, 2001). Es ist nicht nur die Beschreibung des subjektiven Sinns von den Befragten von Interesse, sondern die Erarbeitung von Bedeutungen und Handlungsmustern, unabhängig davon, ob die Befragten sich dessen bewusst sind oder nicht.

Für die Analyse der Resultate der vorliegenden Studie wurden zentrale Konzepte der Grounded Theory aufgenommen und im Sinne des *theoretischen Kodierens* gearbeitet, auch wenn es sich bei den Interviews nicht um ausschliesslich qualitative Interviews handelte. Ein wichtiges Element für die Analyse war, dass nicht nur einfach Antworten beschrieben, sondern dass das Beschriebene auch nach Themen geordnet und dadurch Muster erkannt wurden. Der Unterschied zu einer puren qualitativen Studie besteht darin, dass alle Interviews in einem Mal durchgeführt wurden und nicht schrittweise im Zuge der Analyse. Somit folgte das Analyseverfahren nur einem der zwei Basisprinzipien der Grounded Theory, dem Prinzip des permanenten Vergleichs. Das Prinzip des „*Zusammenhangs zwischen den Phasen des Forschungsprozesses*“ welches eine zirkuläre und iterative Vorgehensweise vorsieht, konnte durch die mit dem Forschungsdesign gegebenen Umstände nicht berücksichtigt werden.

Zusammengefasst bediente sich die Studie folgender Elemente der Grounded Theory:

- (1) Die Idee des symbolischen Interaktionismus gilt als Grundannahme der Analyse. Um zu verstehen, wie jemand mit seiner sozialen Realität umgeht und diese mitgestaltet, ist es nötig, die Akteure selber zu befragen.
- (2) Die Idee des theoretischen Kodierens.

13.2.4 Geltung und Aussagekraft der Ergebnisse

Für die Begründung der Aussagekraft der Ergebnisse muss die subjektive Deutung berücksichtigt werden: Beim größten Teil der Antworten handelt es sich um die subjektive Darstellung und Deutung der Wirklichkeit der Befragten. Fragen zu Ernährung, Bewegung und Gewicht ließen mit ihren offenen Formulierungen Spielraum für die freie Interpretation der mit diesen Themen in Verbindung gebrachten Elemente. Es wird angenommen, dass es unter den Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern eine Tendenz zur Überbewertung in der Deutung ihrer Wirklichkeit (hier die Ernährungssituation, die Bewegungssituation, und der Umgang mit dem eigenen Körpergewicht, sowie Marktverhalten und Informationsverhalten) gibt. In der Analyse der Interviews wurde deshalb darauf geachtet, diese positiven Tendenzen einfließen zu lassen. Diese positiv ausfallende Tendenz ist darauf zurückzuführen, dass die eigene Darstellung zu Ernährung, Bewegung und Gewicht sicherlich zu einem gewissen Teil dem Phänomen der sozialen Wünschbarkeit unterliegt. Weiter kann die positive Darstellungstendenz auch damit zusammenhängen, dass in den letzten Jahren eine zunehmende Auseinandersetzung mit den Themen Ernährung, Bewegung und Gewicht stattgefunden hat (siehe auch Kapitel A) und die Befragten generell mehr zum Thema zu sagen haben, auch wenn sich dies nicht in einem tatsächlichen gesundheitsförderndem Verhalten ausdrückt.

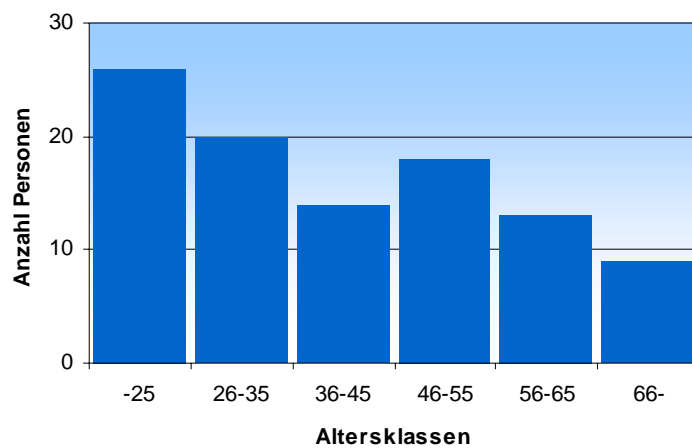
13.3 Zusammensetzung der Stichprobe

13.3.1 Soziodemographische Variablen

Die Stichprobe setzt sich aus insgesamt 100 Befragten zusammen: 55 Frauen und 45 Männer. 50 der Befragten stammen aus der Deutschschweiz, 25 aus der italienischen Schweiz und 25 aus der französischen Schweiz

Die Altersverteilung sieht folgendermaßen aus:

Abbildung 29: Altersverteilung Stichprobe



Die Befragten wurden von den Interviewerinnen bezüglich ihrer sozialen Schicht eingeschätzt. Die Einschätzung erfolgte aufgrund von während den Interviews erhaltenen Informationen und basiert auf den folgenden Beschreibungen.

Tabelle 36: Definitionen soziale Schicht⁵⁸

Niedrig	Jemand, der einer niedrigen sozialen Schicht angehörend eingestuft wurde, hat offensichtlich Mühe, mit den zur Verfügung stehenden Mitteln den Alltag zu bestreiten.
Normal	Jemand, der der normalen sozialen Schicht angehörend eingestuft wurde, war von der Interviewerin als „normal“ wahrgenommen worden.
Mittel	Wohlhabende Interviewpartner wurden der mittleren sozialen Schicht zugeordnet.
Hoch	Sehr reiche Interviewpartner wurden der hohen sozialen Schicht zugeordnet.

Die Befragten wurden von den Interviewern bezüglich ihres Gewichts eingeschätzt. Die Einschätzung erfolgte aufgrund von während den Interviews erhaltenen Informationen zu den Befragten.

Tabelle 37: Definitionen Gewicht

Leicht	Befragte, die als nicht „normal“ eingeschätzt wurden, also ein leichtes bis starkes Untergewicht aufwiesen.
Mittelschwer	Ein als „normal“ eingestuft Interviewpartner.
Schwer	Ein schwerer Interviewpartner wies ein leichtes Übergewicht auf, wurde also von der Interviewerin als leicht über dem Durchschnitt eingestuft.
Sehr schwer	Ein sehr schwerer Interviewpartner konnte von der Interviewerin offensichtlich als zu schwer eingestuft werden.

Tabelle 38: Beschreibung der Stichprobe

	Frequenz N
Geschlecht	
Weiblich	55
Männlich	45
Total	100
Region	
Deutschschweiz	50
Französische Schweiz	25
Italienische Schweiz	25
Total	100

⁵⁸ Es wird im Folgenden der Einfachheit halber die männliche Form zur Beschreibung der Interviewpartner verwendet.

Soziale Schicht	
Keine Antwort	3
Hohe soziale Schicht	11
Mittlere soziale Schicht	43
Normale soziale Schicht	37
Niedrige soziale Schicht	6
Total	100
Gewicht	
Keine Antwort	1
Sehr schwer	6
Schwer	27
Mittelschwer	45
Leicht	21
Total	100

13.3.2 Gesundheitsorientierung und Bewusstsein

Die Befragten wurden von den Interviewerinnen bezüglich Gesundheitsorientierung und Bewusstsein eingeschätzt. Die Einschätzung erfolgte aufgrund von während den Interviews erhaltenen Informationen sowie basierend auf den folgenden Beschreibungen.

Tabelle 39: Definitionen Gesundheitsorientierung

Gesundheitsorientiert	Ein gesundheitsorientierter Interviewpartner beschreibt seine Antworten immer, oder zu einem großen Teil, nach gesundheitlichen Aspekten. Die Gesundheit und die Erhaltung der Gesundheit leiten das Verhalten.
Krankheitsorientiert	Ein krankheitsorientierter Interviewpartner beschreibt seine Antworten immer, oder zu einem großen Teil, nach Krankheitsaspekten. Die Krankheit und die Verhinderung von Krankheit leiten das Verhalten.

Tabelle 40: Definitionen Bewusstsein⁵⁹

Bewusste Person	Ein Interviewpartner wurde als bewusst eingestuft, wenn aus seinen Antworten hervorging, dass er sich (richtige) Gedanken über den Zusammenhang Ernährung / Bewegung und Gewicht / Gesundheit machte und dieses Wissen auch dementsprechend umsetzte.
Unbewusste Person	Ein Interviewpartner wurde als unbewusst eingestuft, wenn aus seinen Antworten hervorging, dass er sich keine (falsche) Gedanken über den Zusammenhang Ernährung / Bewegung und Gewicht / Gesundheit machte und allfälliges Wissen auch nicht umsetzte.

Tabelle 41: Verteilung Gesundheitsorientierung und Bewusstsein

	Frequenz N
Gesundheitsorientierung	
Nicht einschätzbar	3
Gesundheitsorientiert	68
Krankheitsorientiert	29
Total	100
Bewusstsein	
Nicht einschätzbar	1
Bewusst	78
Unbewusst	21
Total	100

13.3.3 Ausbildung

Zur Information der verschiedenen Ausbildungen der Interviewpartner sei hier die Tabelle Ausbildung aufgeführt.

⁵⁹ Es ist anzumerken, dass es an dieser Stelle nicht darum geht, den Begriff des Bewusstseins zu definieren. Das Ziel der Unterscheidung bewusst/unbewusst ist es, die Befragten bezüglich ihrer Sensibilität für Gesundheitsthemen zu unterteilen.

Tabelle 42: Ausbildung

	Frequenz
Keine Schule, nur Kindergarten	0
Obligatorische Schule, Primarstufe	2
Obligatorische Schule,	7
Diplommittelschule	5
Berufslehre oder Berufsschule	29
Maturitätsschule oder Berufsmatura	19
Lehrkräfte Seminarien	4
Höhere Fach- und Berufsbildung	8
Höhere Fachschule	4
Fachhochschule	6
Universität Diplom	14
Universität Doktorat	1
Anderes	1
Total	100

14 Deskriptive Daten

Dieses erste Resultatkapitel diskutiert einen Teil der in den hundert halbstrukturierten Interviews gestellten Fragen bezüglich ihrer Relevanz bei der Messung von spezifischen Elementen von Gesundheitskompetenz.⁶⁰ Es kristallisierten sich während der quantitativen Analyse für einen Teil der Fragen Tendenzen heraus, die an dieser Stelle Auskunft darüber geben, ob und wie spezifische Fragen der halbstrukturierten Interviews für die Erfassung von Elementen von Health Literacy in einer standardisierten Befragung relevant sein könnten und auf welche Weise bestimmte Themen in einem solchen Instrument zur Messung von Gesundheitskompetenz aufgenommen werden sollten.

Dieser erste Teil der Analyse ist nach den drei in den halbstrukturierten Interviews gehaltenen Makrokategorien organisiert: *Gesundheitsverhalten* (Ernährung, Bewegung, Gewicht, Marktorientierung), *Informationsverhalten* und *Wissen*. Wie in Kapitel C gesehen, wird das Gesundheitsverhalten als ein Ausdruck oder eine Folge von Gesundheitskompetenz gesehen, wobei das Informationsverhalten eine zentrale Rolle beim Wissensaufbau bezüglich spezifischer Gesundheitsthemen (im vorliegenden Fall Ernährung, Bewegung und Gewicht) einnimmt. Weiter ging aus Kapitel C hervor, dass Wissen eine zentrale Komponente von Gesundheitskompetenz ist, was auch für die vorliegende Studie das Argument für die Aufnahme von Wissensfragen in die halbstrukturierten Interviews darstellte.

Das Ziel dieses Kapitels und sowie auch der gesamten Dissertation ist es nicht, im Detail auf die oben aufgeführten Fragen einzugehen. Es geht vielmehr darum, einen Einblick in die Thematik der Gesundheitskommunikation wie sie in einem Zusammenhang mit dem Thema der Gesundheitskompetenz steht (hier für die spezifischen Gesundheitsbereiche Ernährung, Bewegung und Gewicht) zu gestalten und wertvolle Hinweise für die

⁶⁰ Der halbstrukturierte Interviewleitfaden findet sich im Anhang. Es wurden für den ersten Analyseteil nur die *quantifizierbaren* Fragen/Antworten aus den Teilen Verhalten, Wissen und Informationsverhalten beigezogen.

Erfassung der Informationsverhaltens im Zusammenhang mit Gesundheitskompetenz zu erarbeiten.⁶¹

14.1 Gesundheitsverhalten generell

Für die Erfassung des Gesundheitsverhaltens wurden zum einen standardisierte Fragen zu Essgewohnheiten, Bewegungsgewohnheiten oder zum Umgang mit dem eigenen Körpergewicht gestellt. Die Interviewpartner wurden mit Aussagen konfrontiert und konnten dann einschätzen, ob diese Aussagen für sie (1) uneingeschränkt zutreffen, (2) zutreffen (3) nicht zutreffen, (4) überhaupt nicht zutreffen. Zum anderen wurden offene Fragen gestellt, welche im Teil der qualitativen Analyse dieser Dissertation diskutiert werden. Die geschlossenen Fragen waren im Sinne von gesunden Verhaltensregeln formuliert, welche von den Befragten sofort verstanden wurden. Bis zu 60% der Befragten fanden, dass die Aussagen zum Ernährungs- und Bewegungsverhalten und zum Umgang mit dem eigenen Gewicht zutreffen. Rund ein Drittel der Befragten fand, sie würden sich nicht gemäß diesen *gesunden* Regeln verhalten.

Bei der Bewegung war die Quote der Befragten, die meinten, die Aussagen träfen uneingeschränkt zu, bis zu 20%. Jedoch war die Anzahl derjenigen Befragten, die sagten, keine der Aussagen zur Bewegung würde zutreffen, mit 20% hoch. Die Fragen zum Bewegungsverhalten sind für eine nächste Befragung noch einmal dahingehend zu prüfen, ob sie alle möglichen Intensitätsstufen der täglichen Bewegung tatsächlich erfassen – von Bewegung im Alltag bis Sport treiben – um bei einer Korrektur der Fragen ein weniger extremes und der Wahrheit entsprechendes Bild des Bewegungsverhaltens zu erhalten.⁶²

61 Die Autorin ist sich bewusst, dass bei einer ausführlichen Behandlung der obigen Fragen dieses Kapitel ausführlicher zu gestalten gewesen wäre und weitere Themenbereiche der Kommunikationsforschung, wie zum Beispiel die Medienkompetenz, systematisch dazu aufgearbeitet hätten werden sollen.

62 Die geringe Anzahl von Items zur Messung des Bewegungsverhaltens könnte auch ein Grund für das schlechte Funktionieren der Frage sein.

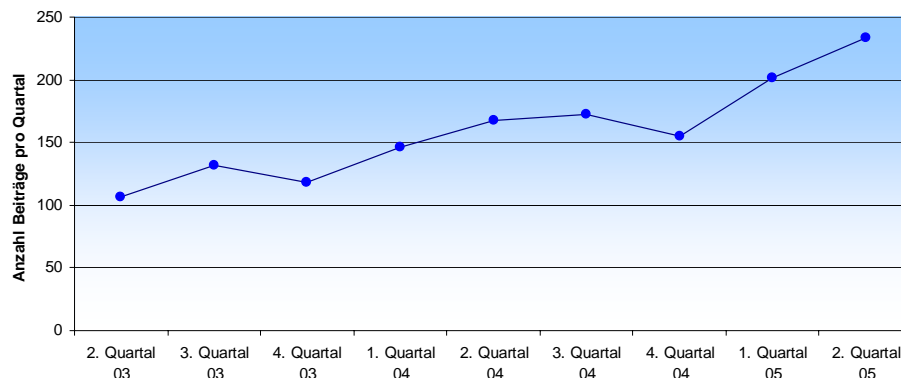
Das schlechte Funktionieren der Fragen bezüglich Bewegung kann darauf zurückzuführen sein, dass diese auf einer in der Schweiz noch wenig bekannten Bewegungspyramide (siehe Kapitel B-7.2) beruhten und somit für die Befragten mehr verwirrend als klärend waren. Diese Schwierigkeiten bestanden in allen drei Sprachregionen der Schweiz sowie bei beiden Geschlechtern.

14.2 Informationsverhalten

Das Informationsverhalten (*wo* sich jemand über *was*, *wie* informiert) ist ein zentrales Element der Gesundheitskompetenz, denn dadurch wird eine weitere Komponente, das Wissen, stetig neu geformt und verändert (siehe Kapitel C). Auf der einen Seite interessiert, *wo* sich jemand zu einem bestimmten Thema (im vorliegenden Fall zu Ernährung, Bewegung und Gewicht) informiert, auf der anderen Seite, *wie* das jemand tut. In diesem ersten deskriptiven Teil wird auf die Frage des *wo* eingegangen und diskutiert, welche Fragen zur Erfassung von primären Informationsquellen bezüglich der Themen Ernährung, Bewegung und Gewicht (zum Teil auch damit verwandten Themen wie Gesundheit generell, Erholung/Wellness oder Krankenkassen) relevant werden können. In einem zweiten, qualitativen Analyseteil (siehe Kapitel D-15) wird darauf eingegangen, *wie* die Befragten Gesundheitsinformationen beurteilen und für sich als mehr oder weniger handlungsrelevant einschätzen.

Speziell die *Medien* wurden in ihrer Rolle als Informationsquellen zu Gesundheitsfragen in den letzten Jahren verstärkter diskutiert (siehe dazu Kapitel A-4.2, Kline, 2006; Seale, 2004; Signorelli, 1991; Signorelli, 1995, Signorelli, 1998). Sie sind deshalb auch speziell für den Fall der Gesundheitskompetenz in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Gewicht als Informationsquellen genau zu untersuchen. Eine an der Università della Svizzera italiana durchgeführte Studie zur Berichterstattung in den Deutschschweizer Printmedien bezüglich der Themen Ernährung, Bewegung und Gewicht hat z.B. gezeigt, dass sich die Berichterstattung über die letzten drei Jahre beinahe verdoppelt hat (Quelle: Projektbericht HELEN: Health Literacy for the Areas of Weight, Exercise and Nutrition, Health Care Communication Laboratory, Università della Svizzera italiana, 2006).

Abbildung 30: Berichterstattung Ernährung, Bewegung und Gewicht



Doch auch wenn eine intensive Diskussion zur Rolle der Medien bei der Information zu Gesundheit generell stattfindet, so existieren nur vereinzelte Studien über die tatsächliche Nutzung der Medien zu spezifischen Gesundheitsthemen. Es besteht ein Bedarf bezüglich der Aufarbeitung von Fragen, welche zur Erfassung der Mediennutzung sowie des Informationsverhaltens zu Gesundheit generell angewendet werden können.

Die Nutzung des Internets bezüglich Gesundheitsthemen wurde z.B. von Henwood (Henwood et al., 2004) untersucht. Er kommt zum Schluss, dass viele seiner Studienteilnehmer⁶³ den Arzt dem Internet als Informationsquelle vorziehen, denn viele der Befragten wollen gar nicht erst die Selbstverantwortung übernehmen, welche für eine aktive Informationssuche online bedeutsam würde (siehe auch Kapitel A). Es kann deshalb nach Henwood (2004) nicht davon ausgegangen werden, dass Menschen Gesundheitsinformationen in den Medien suchen *wollen*. Seale (2004) macht darauf aufmerksam, dass jemand, der sich Informationen zu einem speziellen Thema sucht, ein Interesse an Expertise im jeweiligen Feld hat und darauf bedacht ist, sein Wissen ständig neu zu revidieren (siehe auch Giddens, 1995). Diese Menschen akzeptieren nicht einfach „wie Dinge sind“, sondern suchen ständig neue Informationen und Optionen, um sich in ihrem Leben immer wieder neu für oder gegen etwas (z.B. Gesundheit) zu entscheiden

63 Es handelte sich um eine qualitative Studie, welche Frauen zu ihrem Informationsverhalten zu Krankheitsthemen untersuchte.

(Lupton, 1997). Es können jedoch nicht alle Menschen der Gruppe des *reflexiven Patienten* – oder gar Konsumenten – zugeordnet werden (Lupton, 1997), und deshalb kann auch nicht davon ausgegangen werden, dass jeder und jede Informationen zu Gesundheitsthemen suchen will.

Signorelli (1991, 1995, 1998) untersucht eingehend die Darstellung von Gesundheitsthemen in den Medien und die Wirkung dieser Darstellungen auf unterschiedliche Empfängergruppen. Sie geht davon aus, dass die Medien (speziell das Fernsehen und die Printmedien) von einem Grossteil der Bevölkerung (ihre Studien konzentrieren sich auf die USA) zur Information bei Gesundheitsthemen herangezogen werden. Es existieren doch auch bei Signorelli nur wenige Hinweise dafür, wie genau die Menschen die Medien zur Information über Gesundheit nutzen. Sie berichtet in einer ihrer Publikationen über eine Studie, welche das Informationsverhalten von Amerikanerinnen und Amerikanern zu Gesundheit untersuchte. Ärzte wurden von den meisten (45%) Studienteilnehmern als Informationsquelle genannt, gefolgt vom Fernsehen (31%) (Signorelli, 1991).

Eine im Jahre 2003 durchgeführte Eurobarometer Studie^{64,65} untersuchte das Informationsverhalten von Europäerinnen und Europäern zu Gesundheitsthemen und Krankheit (Spadaro, 2003). Die Hauptinformationsquellen zu Gesundheit sind der Arzt und die Apotheker (durchschnittlich 45,3%), gefolgt vom Fernsehen (durchschnittlich 19,8%). Die Zeitungen schneiden mit 7,4% schlecht, das Internet mit 3,5% sehr schlecht ab. Die zweiten Informationsquellen zu Gesundheit sind das Fernsehen (durchschnittlich 38,5%), das soziale Umfeld (durchschnittlich 28,9%), medizinisches Fachpersonal (25,8%) sowie Magazine und die Zeitungen (durchschnittlich beide ca. 24,5%). Auch wenn wenig Europäerinnen und Europäer das Internet zur Gesundheitsinformation benutzen, finden 41,5%, dass das Internet eine gute Informationsquelle darstellen würde.

64 European Union citizens and sources of information about health.

65 Standard Eurobarometerstudie 58.0, Datensammlung durchgeführt zwischen dem 1. September 2002 und dem 7. Oktober 2002. Es wurden total 16'067 EU Bürgerinnen und Bürger befragt, ca. 1000 pro Mitgliedstaat.

Der Arzt und generell medizinisches Fachpersonal geniessen grosses Vertrauen (bis zu 84,4%), die Medien werden von 39,3% der Befragten als vertrauenswürdig eingeschätzt.

Der Studienbericht „The European Patient of the Future“ (herausgegeben von Angela Coulter und Helen Magee (2003)) fasst Aspekte des Informationsverhaltens von europäischen Patienten zusammen und beantworteten die Frage, wo sich Patienten über neue Behandlungsmöglichkeiten informieren. Gesamthaft gesehen sind die Ärzte die erste Informationsquelle (Hausärzte 65% und Spezialisten 22%). Auf die Ärzte folgen Zeitungen und Zeitschriften. Das Internet wird von 10% der Befragten als Informationsquelle benutzt. Die Studie verdeutlicht, dass Unterschiede in den Antworten zwischen den europäischen Ländern bestehen. Fernsehen und Radio sind z.B. in Slowenien mit über 30% die Hauptinformationsquellen, in Spanien werden diese beiden Medien mit unter 5% am wenigsten zur Information über neue Behandlungsmöglichkeiten genutzt. Am besten schneiden Zeitungen und Zeitschriften in der Schweiz ab (über 30%), am schlechtesten in Spanien (ca. 5%).

In Deutschland führte das Institut für Demoskopie Allensbach im Auftrag der Identity Foundation eine Studie zu „Die Deutschen und ihre Einstellungen zu Gesundheit und Krankheit“ durch (Identity Foundation, 2001). In 2'111 face-to-face Interviews wurden über 16jährige nach ihren Informationsquellen zu Gesundheit befragt. 79% der Befragten nutzen den Arzt als erste Informationsquelle, 63% das Fernsehen, 57% Zeitschriften und soziale Kontakte, 52% die Zeitungen, 48% den Apotheker und 34% Gesundheits- und Handbücher. Während der Arzt, das Fernsehen und der Apotheker relativ hohes Vertrauen geniessen, schneiden Zeitungen, Zeitschriften, soziale Kontakte und die Fachliteratur mit durchschnittlich 25% Vertrauen schlechter ab.

Eine weitere Studie aus Deutschland, durchgeführt von der Bertelsmann Stiftung (2004), untersuchte im Rahmen des Gesundheitsmonitors⁶⁶ das Mediennutzungsverhalten der

66 Versichertenbefragung (Bevölkerung zwischen 18 und 79 Jahren, schriftlich, 2 Mal pro Jahr, jeweils 1500 Personen) und Ärztebefragung (niedergelassene Ärzte in Deutschland, telefonisch, 1 Mal pro Jahr).

Deutschen zum Thema Gesundheit. Laut dieser Umfrage suchen 47% der Befragten aktiv nach Gesundheitsinformationen, wobei ältere Leute und Leute mit einem kleineren Haushaltseinkommen tendenziell mehr suchen. Zeitungen und Zeitschriften werden von 70% der Befragten als Informationsquellen genannt, das soziale Umfeld von 47%, das Internet von 41% und der eigene Hausarzt von 35% der Befragten.

Für den Fall der Schweiz kommt die neuste UNIVOX Studie „Kommunikation und Medien 2004/2005“ zum Schluss, dass das Interesse am Thema Gesundheit in den Medien bei 62% der Befragten stark bis sehr stark ist (Bonfadelli, 2005).

Auch wenn vereinzelte Studien zu Informationsverhalten und Gesundheit existieren, ist nicht klar, wie das gesundheitsbezogene Informationsverhalten genau erfasst und beschrieben werden kann. Die ungleichen Resultate der oben präsentierten Studien sind auf unterschiedliche Erhebungsmethoden und -Fragen zurückzuführen und die Daten sind dementsprechend nicht direkt vergleichbar. Das Informationsverhalten für die spezifischen Bereiche Ernährung, Bewegung und Gewicht wurde bisher noch nicht wissenschaftlich untersucht. In diesem Sinne wurden im Rahmen der vorliegenden Studie Fragen getestet, welche zur Erfassung des Informationsverhaltens der Schweizer Bevölkerung zu den Themen Ernährung, Bewegung und Gewicht (oder Krankheit) beigezogen werden könnten. Die getesteten Fragen werden in den nächsten Paragraphen diskutiert.

14.2.1 Erste und zweite Informationsquelle bei Gesundheit und bei Krankheit

Während des Interviews wurden die Interviewpartner gefragt, wo sie sich informieren würden, wenn sie etwas bezüglich Gesundheit (Ernährung, Bewegung und Gewicht) oder Krankheit⁶⁷ wissen möchten.⁶⁸ Aufgrund der Antworten konnten 11 Kategorien von

67 Es wurde gefragt: (1) „Falls Sie über Ernährung, Bewegung oder Gewicht (oder auch Gesundheit allgemein) etwas wissen möchten, wo oder bei wem informieren sie sich dann?“ / (2) „Falls Sie selber oder jemand, für den sie sorgen, krank werden würden, wo oder bei wem informieren sie sich dann?“.

68 Die Befragten wurden aufgefordert, ohne Nennungen von möglichen Informationsquellen von Seiten der Interviewerinnen zu antworten.

Informationsquellen gebildet werden, wo sich die Befragten entweder an erster oder an zweiter Stelle bezüglich Gesundheit oder Krankheit informieren. Diese Informationsquellen sind:

- (1) Arzt, Therapeut, Heilpraktiker
- (2) Internet
- (3) Fachliteratur
- (4) Apotheke/Drogerie
- (5) Boulevardpresse (Zeitschriften)
- (6) Soziales Umfeld
- (7) Reformhaus
- (8) Fitnesscenter/Gesundheitscenter
- (9) Medien
- (10) Berater/Ausbilder (Ernährungsberater)
- (11) Organisationen/Konsumentenschutz

Generell gesehen sind der Arzt, das Internet und das soziale Umfeld die Hauptinformationsquellen der Befragten, wenn sie spontan sagen können, wo sie sich informieren. Bei Gesundheitsfragen ist das Internet, gefolgt vom Arzt, die erste Informationsquelle. Bei Krankheitsfragen ist es zunächst der Arzt. Die Apotheke ist zusätzlich eine wichtige erste Informationsquelle bei Krankheit.

Die Medien werden tendenziell wenig genannt. Wenn die Befragten sich selber an Informationsquellen bezüglich Gesundheit (Ernährung, Bewegung und Gewicht) oder Krankheit erinnern müssen, dann werden die Medien im Vergleich zum Arzt oder zum Internet vernachlässigbar wenig genannt.

Die Frage nach der ersten und zweiten Informationsquelle bezüglich der Themen Gesundheit oder Krankheit hat sich bewährt. Erstens, weil die Nennungen der Befragten neue Informationsquellen beinhalteten, an welche bei der Erarbeitung der halbstrukturierten Interviews nicht gedacht wurde. Es sind dies vor allem das

Reformhaus, das Fitnesscenter/Gesundheitscenter⁶⁹ sowie persönliche Berater oder Ausbilder⁷⁰. Zweitens zeigten die Frequenzverteilungen der Antworten zu den unterschiedlichen Nennungen, dass alle der oben aufgeführten Quellen für eine weitere Analyse des Informationsverhaltens bezüglich Gesundheit (speziell Ernährung, Bewegung und Gewicht) oder Krankheit in Betracht gezogen werden sollten.⁷¹

14.2.2 Erinnern an eine Werbung/Internetseite

Eng mit den Medien verbunden sind die Informationsquellen Werbung und Internet, wobei laut den Resultaten die Werbung als eine Quelle gesehen werden kann, die von aussen auf die Befragten einwirkt, das Internet jedoch eher eine Informationsquelle ist, bei der die Befragten zur Informationssuche aktiv⁷² werden müssen. Während den Interviews wurde mit den Befragten diskutiert, wie gut sie sich an spezielle Werbungen zu bestimmten Themen erinnern oder ob sie allenfalls zu denselben Themen auch das Internet als Informationsquelle benützen würden. Die abgefragten Themen waren: Gesundheitsprodukte, Bewegung, Wellness, Krankenkassen und Gesundheit allgemein. Tendenziell erinnern sich die Befragten an Werbungen zu den einzelnen Themen.

Dies ist ein in zwei Aspekten interessantes Resultat im Vergleich zur ersten Frage (siehe Kapitel D-14.2.1):

- (1) Das Internet scheint, wenn man nach einer konkreten Informationsquelle bezüglich Gesundheit (Ernährung, Bewegung oder Gewicht) oder Krankheit fragt, eine zentrale Informationsquelle zu sein, wenn man aber konkret nach spezifischen

69 Gemeint sind vor allem die Trainer, die in diesen Zentren arbeiten.

70 Zum Beispiel Ernährungsberater, persönlicher Fitnesscoach.

71 Generell ist bei allen Fragen zum Informationsverhalten zu Gesundheit darauf zu achten, was genau gemessen wird. Schon in Kapitel D-14.2.1 könnte man annehmen, dass die Befragten nicht überlegt geantwortet haben, denn ist der Arzt tatsächlich immer, auch bei Gesundheitsthemen, wenn keine Probleme bestehen, eine (erste) Informationsquelle? Die Diskussion der weiteren Fragen ist unter diesem Gesichtspunkt zu verstehen. Es wird nicht bei jeder Frage, sondern nur an ausgesuchten Stellen nochmals auf die Problematik von Fussnote 60 eingegangen (siehe dazu auch Kapitel E).

72 Die Befragten müssen sich an einen Computer setzen, der ans Internet angeschlossen ist und dann im Internetbrowser selbständig die Informationen suchen, die sie möchten.

Internetseiten fragt, können diese doch nicht im gleichen Masse genannt werden. Es ist für eine weitere Befragung darauf zu achten, wie Fragen nach der Bedeutung und der Nutzung des Internets gestellt werden, um die tatsächliche Rolle dieser Informationsquelle zum Thema Gesundheitskompetenz in Ernährung, Bewegung und Gewicht zu erfassen.

- (2) Die Werbung wurde in der Frage nach ersten und zweiten Informationsquellen bei Gesundheits- und Krankheitsfragen nicht genannt. Aus der Frage, ob sich die Interviewpartner gezielt an Werbung zu Gesundheitsthemen erinnern, geht jedoch hervor, dass Werbungen zum Thema Gesundheit sehr wohl bei den Befragten präsent sind. Es wird angenommen, dass die Befragten mit Werbungen zum Thema Gesundheit bombardiert wurden/werden, und sich eigentlich „unfreiwillig“ daran erinnern, obwohl sie diese nicht als vertrauenswürdige Informationsquelle bei Gesundheits- oder Krankheitsfragen sehen.

Für die Werbungen konnte mit den Antworten der Befragten für jeden einzelnen Themenbereich ein Kategoriensystem auf der Basis der Nennungen erarbeitet werden. Dieses Kategoriensystem könnte bei einer weiteren Erhebung des Informationsverhaltens bezüglich Werbungen im Rahmen des Themas Gesundheitskompetenz beigezogen werden.

Tendenziell erinnern sich die Befragten an Werbungen, die ein Produkt im Zusammenhang mit Gesundheit darstellen, wie z.B. Lifestyle Produkte, die im Moment der Interviewphase und auch schon in den Monaten zuvor (bis Ende November 05) in der Schweiz großflächig kommuniziert wurden. Lifestyle Produkte, Functional- and Convenience Food⁷³ erobern den Markt (Rützler, 2005; Rützler, 2006), was sich auch in den Resultaten der Interviews widerspiegelt. Gesamthaft gab es 70 Nennungen von Werbungen zum Thema *Produkt im Zusammenhang mit Gesundheit*.

73 Functional Food: Lebensmittel, denen neben einem ernährungsphysiologischen Wert zusätzliche gesundheitsfördernde oder gesundheitserhaltende Wirkungen zugeschrieben werden. / Convenience Food: Fertigenmenüs oder Fertigenmenükomponenten, die ausschliesslich auf Verzehrrtemperatur erwärmt werden müssen.

Tabelle 43: Nennungen zu Produkten

Lifestyle Produkte	Aloe Vera Yoghurts von Emmi, Weight-Watchers Produkte, Emmi: Neue Produkte für koronare Herzkrankheiten, neue Lightprodukte, Produkte von Pfizer, Actimel, Sveltesse, Slimline, Migrosprodukte, Linie „Vitasana“.
Biologische Produkte	Biostrath, Bioprodukte generell, Bioprodukte von MIGROS, Bioprodukte von COOP, Avelac.
Milchprodukte	Milchwerbung generell, die Kuh, Butter und Milch.
Ungesunde Produkte	McDonalds, Kinder Ferrero, Ovomaltine, Nesquick, Kellogg's
Anderes	RedBull, Barilla, Gouda Käse, indische Produkte bei MIGROS.

Es wurden insgesamt 48 Nennungen zu konkreten Werbungen zum Thema Bewegung gemacht: Generell sind Werbungen für Fitness, sei es für Fitnesscenter oder auch für Fitnessgeräte, bei den Befragten präsent. Auch verschiedenste Bewegungskampagnen wurden mit einer hohen Frequenz aufgezählt. Weiter wurden konkrete Werbungen für spezielle Bewegungsarten oder Bewegungs-„Treffen“ genannt.

Tabelle 44: Nennungen zu Bewegung

Fitness	Fitnessgeräte, Walking, Muskelgeräte, Fitnesscenter.
Kampagnen	„Die Schweiz bewegt sich“, SUVA Plakate, Gesundheitssendungen, die über Bewegung informieren, Artikel, die über die Nötigkeit der Bewegung informieren, Zeitschriften beim Arzt, „Bewegung Stadt Zürich“, „Kinder bewegt euch“, „Movimento e Salute“, Vitaparcours, Werbung für Lauffreize, Multimobil, Bewegungskampagnen allgemein.
Möglichkeiten	Walkingkurse, Fit- und Lauffreize.
Anderes	Milchschnitte: Macht fit, Voltaren: Dann kann man sich wieder besser bewegen, Abnehmen mit Bewegung.

Es wurden 66 Nennungen zu Wellness gemacht. Werbungen zu Wellnesshotels kommen den Befragten am meisten in den Sinn. An zweiter Stelle stehen Fitnessparks und Fitnesscenter mit speziellem Wellnessangebot oder Thermalbäder.

Tabelle 45: Nennungen zu Wellness

Wellnesshotels	Verschiedenste konkrete Hotelnennungen, Hotels generell, Werbung im Internet für Wellnesshotels, Flyer überall von Wellnesshotels
Wellness- und Fitnessparks	Migros Fitnesspark, verschiedenste konkrete Nennungen von Fitnesscentern mit integriertem Wellnessbereich
Thermalbäder	Verschiedenste konkrete Thermalbäder
Anderes	Wellnessprodukte, Herbal Essences, Meditationskassetten, Dr. Vogt, Yoga.

An Krankenkassenwerbung⁷⁴ erinnern sich die Befragten gut. Es ist anzunehmen dass dies durch den Befragungszeitraum bestimmt war, während welchem auch die Krankenkassendiskussion in der Schweiz intensiviert wurde. Bis zu 80% der Befragten erinnern sich an Krankenkassenwerbungen.

Es gab 50 Nennungen zu Gesundheit. Generell erinnern sich die Befragten an ANTI-Kampagnen (Antirauch, STOP AIDS) und Werbung für bestimmte Produkte, die mehr oder weniger etwas mit Gesundheit zu tun haben.

Weiter wurde mehrmals die Gesundheitssendung „*Gesundheit Sprechstunde*“ genannt. „*Gesundheit Sprechstunde*“ ist eine TV Gesundheitssendung und wird am Schweizer Fernsehen (SF1) ausgestrahlt – ist also keine Werbung im eigentlichen Sinne. Doch speziell die Häufung an Nennungen von „*Gesundheit Sprechstunde*“ deutet darauf hin, dass die Fernsehenwerbung für diese Gesundheitssendung einen speziellen Einfluss auf die Befragten hatte.

Tabelle 46: Nennungen zu Gesundheit allgemein

Kampagnen	AIDS, Alkohol, Rauchen
Produkte	„Una mela al giorno toglie il medico di turno“, Actimel, Milch, Zahnarzt, Yoghurt, Perskindol, Vitamine, Diätprodukte, Kneipp, Dr. Vogel, Schlankmachertabletten
TV Sendungen	TV Sendungen auf den Deutschen Sendern, Gesundheit Sprechstunde mit Samuel Stutz.
Anderes	Tumore, Osteoporose, Gymnastikgeräte, Pharmawerbung, Grippe und Vogelgrippe, www.netdoktor.de , „gesunde Köpfe schützen sich“, „wir lassen uns nicht behindern“.

14.2.3 Typen von Mediennutzung

Die 100 Interviewpartner wurden nach deren Gebrauch der traditionellen Medien (Zeitungen, Zeitschriften, Fernsehen, Radio) bei der Information über Gesundheit (Ernährung, Bewegung, Gewicht und Erholung) befragt. Dieser Frage lag ein theoretisch erarbeitetes Modell bezüglich verschiedener Typen der Mediennutzung zugrunde

⁷⁴ Es wurden ausschliesslich Namen von unterschiedlichen Krankenkassen in der Schweiz genannt.

(Schulz, P. (2006): HCC-Lab Working Paper Nr. 3, Lugano, Università della Svizzera italiana, in Vorbereitung) Das Modell beschreibt vier unterschiedliche Arten, wie jemand mit Informationen aus den traditionellen Medien (hier zu den Themen Ernährung, Bewegung und Gewicht) umgehen kann.

- Typ (1) Aktive Suche zu einem bestimmten Thema in den Medien
- Typ (2) Regelmäßiges Lesen zu einem bestimmten Thema in den Medien
- Typ (3) Gelegentliches Lesen zu einem bestimmten Thema in den Medien
- Typ (4) Bewusstes Ausklammern von Informationen aus den Medien zu einem bestimmten Thema

Die Frage, zu welchem Typen sich die Interviewpartner bezüglich der einzelnen Gesundheitsthemen zuordnen würden, erwies sich als verständlich und wertvoll. Die Antworten der Befragten bezogen sich jeweils auf alle der vorgeschlagenen Typen, wobei sich die Mehrheit der Befragten zu allen Gesundheitsthemen Typus 3 zuordnete – dem gelegentlichen Lesen von Gesundheitsinformationen.

Die Gründe dafür sind unterschiedlich. Generell fühlen sich die Befragten schon „gesättigt“ an Informationen bezüglich Ernährung, Bewegung, Gewicht und Erholung. Weitere Gründe für eine mehrheitliche Selbsteinschätzung als Typ 3 zu den einzelnen Themenbereichen können der folgenden Tabelle entnommen werden.⁷⁵

75 Nicht für alle Bereiche (Ernährung, Bewegung, Gewicht und Erholung) wurden von den Befragten Gründe angegeben.

Tabelle 47: Gründe und Erklärung für Selbsteinschätzung Medientyp 3

Interesse	Ernährung	Selektives Interesse. Befragter hat kein Interesse, in den Medien Informationen über Ernährung zu lesen. <u>Est intéressé seulement si éprouve un besoin spécifique personnel.</u>
	Bewegung	Interesse nur für den Sport, den andere betreiben. Interessiert sich weniger für Bewegung. <u>L'argomenta non interessa molto.</u>
	Gewicht	Das Gewicht ist dieser Befragten gleichgültig. Kaum Interesse. Kein Interesse. <u>Ce sujet ne l'intéresse pas du tout.</u>
Wichtigkeit	Ernährung	Essen ist nicht so relevant. Es muss schon etwas sehr Wichtiges sein.
Bequemlichkeit	Ernährung	Wenn die Befragte gerade etwas sieht, dann ja. Es ist nicht so, dass der Befragte nach Informationen sucht. <u>Cela dépend du hasard mais pas pour intention.</u> <u>Non cerca delle informazioni specifiche.</u> <u>Legge solo quando trova giornali gratuiti in bucalettera.</u>
	Bewegung	Befragte sucht sicher nicht extra Informationen, aber wenn sie gerade ankommen, dann schliesst die Befragte es sicher nicht aus.
Ausreden	Ernährung	Es fehlt einfach die Zeit zur Informationssuche. Vieles in den Medien ist sowieso gelogen. <u>Hat keine Lust sich zu informieren.</u>
	Bewegung	Einfach nur gelegentliches Lesen. <u>N'a pas tellement l'occasion.</u>

Diese Resultate sind bezüglich drei Punkten interessant:

- (1) Die generelle Selbsteinschätzung der Befragten zu Typ 3 bestätigt die Resultate aus der Frage nach der ersten und zweiten Informationsquelle (siehe Kapitel D-14.2.1), wo die Medien tendenziell wenig bis gar nicht als Informationsquellen zu Gesundheit oder Krankheit genannt wurden.⁷⁶
- (2) Aussagen zu den Gründen für eine Selbsteinschätzung und -Zuordnung zu Typ 3 geben Auskunft darüber, wieso die Medien nicht aktiv von den Befragten genutzt werden. Es wird interessant sein, in einer weiteren Studie zu untersuchen, ob diese Gründe sich auch in einer repräsentativen Befragung bestätigen.
- (3) Die Resultate der Eurobarometer Studie 58.0 (Spadaro, 2003), der „Future Patient“

⁷⁶ Siehe auch hier Problematik Fussnote 60.

Studie (Coulter und Magee, 2003) und auch der Studien aus Deutschland zum Informationsverhalten bezüglich Gesundheit (Identity Foundation, 2001; Bertelsmann Stiftung, 2004) verdeutlichen, dass Unterschiede in der Nutzung der Medien, z.B. der Nutzung des Fernsehens im Vergleich zu Zeitungen/Zeitschriften bei Gesundheitsthemen bestehen. Das soeben präsentierte Modell der vier Typen von Mediennutzung unterscheidet nicht zwischen unterschiedlichen Medien. Es wäre aufgrund der Resultate der oben vorgestellten Studien jedoch angebracht zu überdenken, ob nicht jeweils einzeln für jedes Medium der entsprechende Mediennutzungstyp abgefragt werden sollte.

14.2.4 Wer sendet Gesundheitsinformationen?

Die Befragten schätzten 18 vordefinierte Informationsquellen⁷⁷ in Bezug auf drei Fragen ein:

- (1) Welche Quellen senden nach Meinung der Befragten Gesundheitsinformationen?
- (2) Welche Quellen benutzen die Befragten?
- (3) Wie schätzen die Befragten die Glaubwürdigkeit der benutzten Informationsquellen ein?

Alle 18 genannten Informationsquellen wurden von den Befragten als potentielle Sender von Gesundheitsinformationen eingestuft.⁷⁸ Einzig die Politik sowie einzelne Politiker⁷⁹ stellten eine Ausnahme dar und wurden von der Mehrheit der Befragten nicht als potentielle Informationsquelle erkannt. Die Antworten zu den drei oben formulierten Fragen sind unter mehreren Gesichtspunkten interessant.

77 Radio, Fernsehen, Internet, Werbung, Zeitungen, Boulevardpresse (Zeitschriften), Gesundheitsmagazine, Fachliteratur (Fachbücher über Ernährung, Bewegung und Gewicht – z.B. Buch über Sporternährung), Markt (z.B. COOP mit COOP-Zeitung oder Kundeninformation/Produkteinformation), Krankenkassen, Spitäler, Ärzte, Gesundheitsinstitutionen (BAG, Gesundheitsförderung Schweiz), Hotels (Wellnesshotels), Vereinigungen (Ärztevereinigungen), Patientenorganisationen, Konsumentenorganisationen, Politik (einzelne Politiker).

78 Keine nennenswerten Frequenzen zu Frage (1) bei: Hotels, Vereinigungen im Gesundheitswesen, Patientenorganisationen, Konsumentenorganisationen, Politik.

79 Es wurde gefragt, ob die Befragten denken, von der Politik oder von einzelnen Politikern konkrete Informationen bezüglich Ernährung, Bewegung und Gewicht erhalten zu können.

Diskussionspunkt (1)

Es konnten drei verschiedenen Gruppen von Informationsquellen bezüglich Ernährung, Bewegung und Gewicht aufgrund der Einschätzungen der Befragten gebildet werden.

Die Befragten schätzen das Radio, das Fernsehen, die Zeitungen, die Boulevardpresse (Zeitschriften), das Internet, den Markt und die Krankenkassen oft als potentielle Informationsquellen ein, nutzen diese Quellen auch relativ häufig, schätzen aber die Vertrauenswürdigkeit als gering ein. Der Arzt, die Fachliteratur und Gesundheitsmagazine wurden oft als potentielle Informationsquellen eingestuft und bis zu sehr oft benutzt, geniessen aber – im Vergleich zur ersten Gruppe – auch eine hohe Vertrauenswürdigkeit. Die Informationsquellen, die zur Gruppe der schwach benutzten gehören, geniessen eine relativ schwache Vertrauenswürdigkeit und werden oft als potentielle Informationsquellen eingeschätzt. Es sind dies die Werbung, Spitäler und Gesundheitsinstitutionen generell.

Es wird deutlich, dass auch wenn ein Medium von den Befragten als potentielle Informationsquelle eingeschätzt wird, dies nicht mit der tatsächlichen Nutzung gleichzusetzen ist. Es ist auch auf die Einschätzung der Vertrauenswürdigkeit der einzelnen Quellen zu achten. Neben den Informationsquellen „Medien“, Markt und Krankenkassen, werden Informationsquellen, die eine hohe Vertrauenswürdigkeit besitzen, häufiger genutzt (Tabelle 49) als Quellen, denen kein Vertrauen geschenkt wird (Tabelle 50). Es wird angenommen, dass die Medien durch ihre Omnipräsenz automatisch benutzt werden, obwohl sie keine hohe Vertrauenswürdigkeit geniessen, desgleichen das Internet, der Markt und die Krankenkassen.

Die hohen Frequenzen in der Nutzung des Internets und der Zeitungen sind nicht identisch mit den Resultaten aus oben präsentierten Studien. Dies könnte auf die Art der Datenerhebung zurückzuführen sein. Für die vorliegende Studie wurden vertiefte, halbstrukturierte face-to-face Interviews durchgeführt und die Hypothese der sozialen Wünschbarkeit liegt nahe. Die Befragten tendierten dazu, sich besser darzustellen, als dass sie das eigentlich sind (dies wurde an anderen Stellen bereits beobachtet und in der

Einführung zu diesem Kapitel diskutiert), wobei es möglich ist, dass sich diese bessere Selbstdarstellung auch auf die Mediennutzung übertragen hat.

Tabelle 48: Medien, Internet, Markt und Krankenkassen

	Potenzielle Infoquellen	Nutzung der Infoquelle	Vertrauen in Infoquelle
Radio	HOCH	MITTEL	SCHWACH
Fernsehen	HOCH	SEHR HOCH	SCHWACH
Zeitungen	HOCH	HOCH	SCHWACH
Boulevardpresse	HOCH	MITTEL	SCHWACH
Internet	HOCH	SEHR HOCH	SCHWACH
Markt	HOCH	MITTEL	SCHWACH
Krankenkassen	HOCH	MITTEL	SCHWACH

Tabelle 49: Arzt, Gesundheitsmagazine, Fachliteratur

	Potenzielle Infoquellen	Nutzung der Infoquelle	Vertrauen in Infoquelle
Arzt	HOCH	SEHR HOCH	HOCH
Gesundheitsmagazine	HOCH	MITTEL	HOCH
Fachliteratur	HOCH	MITTEL	HOCH

Tabelle 50: Werbung, Spitäler, Gesundheitsinstitutionen

	Potenzielle Infoquellen	Nutzung der Infoquelle	Vertrauen in Infoquelle
Werbung	HOCH	SCHWACH	SCHWACH
Spitäler	HOCH	SCHWACH	MITTEL
Gesundheitsinstitutionen	HOCH	SCHWACH	MITTEL

Diskussionspunkt (2)

Das Internet wurde von den Befragten häufig (siehe Kapitel D-14.2.1) als erste oder zweite Informationsquelle bezüglich Gesundheit oder Krankheit genannt. Die Resultate aus der vorliegenden Frage unterstützen diese Erkenntnisse, doch geniesst das Internet keine hohe Glaubwürdigkeit unter den Befragten.

Wie in Diskussionspunkt zwei angetönt, wird das Internet von den Befragten häufig genutzt, auch wenn dieselben Befragten dieser Informationsquelle keine grosse Glaubwürdigkeit zuschreiben. Es können an dieser Stelle nur Vermutungen angestellt werden, wieso dies der Fall ist. Die häufige Nennung des Internets könnte auch hier (siehe oben) durch eine soziale Wünschbarkeit beeinflusst sein, denn niemand möchte zugeben, in der heutigen Zeit das Internet nicht zu benutzen oder gar nicht benutzen zu

können. Zusätzlich machen die Resultate von Henwood (2004) darauf aufmerksam, dass das Internet nicht zwangsläufig als eine primäre Informationsquelle für Gesundheit gesehen werden muss (siehe Kapitel D-14.2). Es wird noch einmal darauf aufmerksam gemacht, dass in einer nächsten Studie darauf geachtet werden müssen, wie die Nutzung des Internets zu Gesundheitsfragen zu messen ist.

Diskussionspunkt (3)

Die Medien werden laut der vorliegenden Frage häufig genutzt. Diese Resultate widersprechen den Erkenntnissen aus anderen Fragen (siehe z.B. Kapitel D-14.2.1). Das Vertrauen, das den traditionellen Medien geschenkt wird, stützt jedoch die Resultate aus vorhergehenden Fragen (siehe Kapitel D-14.2.1 und D-14.2.3) wieder, in welchen die Medien nur selten als Informationsquellen zu Gesundheit oder Krankheit genannt wurden.

Bei den Medien könnte man darauf schliessen, dass mit der Frage nach Informationsquellen bei Gesundheit oder Krankheit die Rolle der Medien genauer gemessen wird als mit einer Frage, wo die Befragten nur noch ankreuzen müssen, ob sie die Medien als Informationsquellen nutzen oder nicht. Denn während die Resultate der vorliegenden Frage darauf hinweisen, dass die Medien häufig benutzt werden, so geniessen sie doch kein Vertrauen von Seiten der Befragten und die Annahme liegt nahe, dass wenn jemand in eine Quelle kein Vertrauen hat, diese auch nicht ernsthaft zur Information bezieht. Weiter unterstützen die Resultate aus der Eurobarometer Studie 58.0 die Annahme, dass die Medien (ausser das Fernsehen) wenig genutzt werden und wenig Vertrauen geniessen.

Diskussionspunkt (4)

Die Ärzte scheinen eine der wichtigsten Informationsquellen zu Ernährung, Bewegung und Gewicht zu sein.⁸⁰

80 Siehe auch hier Problematik Fussnote 60.

Aufgrund der Resultate der vorliegenden Frage wie auch aufgrund der Fragen in vorherigen Kapiteln (siehe Kapitel D-14.2.1) ist der Arzt die erste und die meist genutzte Informationsquelle bei Gesundheit (Ernährung, Bewegung und Gewicht) oder Krankheit. Er wird von den Befragten selber als eine Informationsquelle genannt und als sehr vertrauenswürdig eingeschätzt. Resultate aus anderen Studien, z.B. aus Henwood (2004), Signorelli (1991, 1995, 1998) und Spadaro (2003) unterstützen diese Resultate.

Diskussionspunkt (5)

Die Rolle der Fachliteratur als Informationsquelle wird durch die vorliegende Frage nochmals gestärkt.

Es ging bereits aus der Frage nach der ersten und zweiten Informationsquelle bei Gesundheit oder Krankheit hervor (siehe Kapitel D-14.2.1), dass die Fachliteratur bei den Befragten eine benutzte Informationsquelle bei Gesundheit oder Krankheit ist. Die Fachliteratur geniesst auch grosses Vertrauen von Seiten der Befragten und sollte in weiteren Befragungen unter die potentiellen Informationsquellen zu Gesundheit aufgenommen werden. Es wird sich zeigen, ob die Rolle der Fachliteratur für die Bereiche Ernährung, Bewegung und Gewicht oder Krankheit tatsächlich eine wichtige Informationsquelle ist, denn Resultate aus der Identity Foundation Umfrage lassen darauf schliessen, dass die Fachliteratur zwar relativ häufig benutzt, ihr aber kein grosses Vertrauen geschenkt wird (Identity Foundation, 2001).

14.3 Wissen

Wissen ist eine zentrale Komponente von Gesundheitskompetenz (siehe Kapitel C oder Kapitel E weiter unten). Aus diesem Grund wurde in den halbstrukturierten Interviews auch Wissen zu den Themen Ernährung, Bewegung und Gewicht abgefragt, jeweils mit zwei geschlossenen und einer offenen Frage. Die geschlossenen Fragen zum Ernährungswissen waren: „Kennen Sie die Ernährungspyramide?“ und „Wissen Sie, was

die Ernährungspyramide bedeutet?⁸¹“ Die offene Frage bestand darin, dass die Befragten gebeten wurden, genau zu erklären, wie die Ernährungspyramide aufgebaut ist und was die verschiedenen Ebenen bedeuten. Dasselbe Muster wurde für die Themen Bewegung (Bewegungspyramide) und Gewicht (Body Mass Index)⁸² angewendet. Diese Aufteilung der Fragen zur Erfassung von Wissen in offene und geschlossene Fragen erwies sich als nützlich, denn es bestanden – vor allem für die Kategorie Ernährung – grosse Unterschiede in den Antworten zwischen dem Wissen über die *Existenz* und dem Wissen über die *Bedeutung* der Ernährungspyramide. Während ein Grossteil der Befragten angab, die Ernährungspyramide zu kennen, gibt nur eine kleinere Gruppe an, auch tatsächlich mit der Bedeutung vertraut zu sein. Die Antworten zu den offenen Fragen verdeutlichten weiter, dass bei einem Grossteil der Befragten, welche angaben, die Bedeutung der Ernährungspyramide zu kennen, Schwierigkeiten bestanden, wenn es darum ging, die Pyramide genau zu erklären (siehe auch Nestlé Suisse S.A., 2000). Dies zeigt die Wichtigkeit einer ausführlichen Nachfrage zur Bedeutung z.B. der Ernährungspyramide, wenn in einer Befragung Wissen genau erfasst werden sollte. Will man Wissen testen, welches als handlungsrelevant für die Befragten gilt, dann sollte auf subtile Wissens Elemente eingegangen werden.⁸³ Denn es scheint, dass es nicht nur das wissenschaftlich basierte Standardwissen ist, welches die Befragten tatsächlich in ihrem Handeln beeinflusst, sondern dass es ein Wissen ist, das individuell dem einzelnen Befragten und der jeweiligen situativen Gegebenheiten angepasst ist.⁸⁴

Neben dem Ernährungswissen wurde in den halbstrukturierten Interviews auch Wissen zu den Themen Bewegung und Gewicht getestet. Zur Bewegung wissen die Befragten wenig bis gar nichts. Dies liegt mitunter auch daran, dass die Fragen zur Messung des Bewegungswissens sich auf die Bewegungspyramide (siehe Kapitel B-7.2) konzentrierten, die jedoch in der Schweiz bis anhin viel weniger kommuniziert wurde als

81 Die Antworten JA oder NEIN waren möglich.

82 Für den Body Mass Index wurde die Frage nach der Bedeutung des BMI mit der Kenntnis der Formel zu dessen Berechnung gleichgesetzt.

83 Neben dem wissenschaftlichen Wissen sollte auch auf Alltagswissen eingegangen werden.

84 Im Kapitel zur qualitativen Analyse und im Diskussionskapitel wird weiter auf die Rolle des Wissens bezüglich Gesundheitskompetenz in Ernährung, Bewegung und Gewicht eingegangen (siehe Kapitel D-15.2.1 und E).

die Ernährungspyramide (siehe Kapitel B-7.1). Die Resultate eines mangelnden Bewegungswissens sind deshalb sehr wahrscheinlich auf eine falsche Fragestellung (Bezugnahme auf eine generell nicht bekannte Bewegungspyramide, was nicht heisst, dass deswegen kein Wissen zu Bewegung vorhanden ist) zurückzuführen. In einer weiteren Befragung sollten deshalb Fragen zum Bewegungswissen überdenkt und allenfalls angepasst werden.

Das Wissen zum Thema Gewicht wurde mit der Frage nach dem Body Mass Index und seiner Bedeutung (unter anderem Berechnung der Formel) gemessen, was sich als wertvoll und nützlich erwies.

14.4 Beeinflussung der eigenen Gesundheit

98% der Befragten denken, dass sie ihre Gesundheit selber beeinflussen können. Dieser hohe Prozentsatz an Befragten, die ausdrücken, ihre Gesundheit selber beeinflussen zu können, zeigt, dass diese sich theoretisch zutrauen würden, für ihre Gesundheit etwas zu tun. Aus anderen Antworten während der Interviews ging jedoch immer wieder hervor, dass die Befragten, obwohl sie denken, ihre Gesundheit selber beeinflussen zu können, dies doch nicht tun. Viele der Befragten verhalten sich im Alltag nicht gesund, bewegen sich z.B. gar nicht und essen weniger als die empfohlenen 5 Portionen Früchte und Gemüse am Tag. Die Frage „Denken Sie, Sie können ihre Gesundheit selber beeinflussen?“ erwies sich dennoch als wertvoll, da man den Grundtenor bei den Befragten über deren Meinung zur *potentiellen* Beeinflussung der eigenen Gesundheit herausfühlen konnte. Die Diskrepanz zwischen der positiven Haltung bezüglich der Beeinflussung der eigenen Gesundheit und dem eigentlichen Verhalten (das oftmals nicht einem positiven, der Gesundheit fördernden Verhalten gleicht) wirft die Frage nach Faktoren auf, die diese Diskrepanz erklären könnten. Es könnte angenommen werden, dass Gesundheitskompetenz, oder Komponenten von Gesundheitskompetenz, wie sie in Kapitel D-15.2 erarbeitet wurden, als erklärende Elemente herangezogen werden könnten.

14.5 Was hat eine gesunde Person, was ich nicht habe?

Die Interviewpartner wurden gefragt, ob es in ihrem Umfeld jemanden gäbe, der sich im Alltag in den Augen des Befragten optimal verhält, sich also gesund ernährt, ausreichend bewegt, allenfalls Sport betreibt und auf sein Gewicht achtet. Diese Frage basiert auf der Annahme, dass Ernährung und Bewegung alltägliche Verhaltensweisen sind, die oft von sozialen Vorstellungen geprägt sind. Die Annahme liegt nahe, dass jemand sich im Alltag in einer gewissen Weise ernährt, Sport betreibt oder auf sein Gewicht achtet, weil er ein ganz bestimmtes Ideal vor Augen hat und sich diesem Ideal entsprechend verhalten möchte. So verdeutlicht die Frage nach einer Person, die man vor Augen hat, wenn man an Ernährung, Bewegung oder den Umgang mit dem eigenen Körpergewicht denkt, ob jemand sich tatsächlich von sozial vermittelten Vorstellungen in seinem Verhalten beeinflussen lässt.

Die meisten der Befragten konnten eine Person nennen, die sich im Alltag in deren Augen „optimal“ verhält. Einige der Befragten nannten sich selber als eine Idealperson.

Nachdem sich die Befragten eine Idealperson vorgestellt hatten, wurden sie gefragt, ob diese Person nun:

- (1) gesünder ist,
- (2) ein höheres Lebensalter erreichen wird,
- (3) mehr vom Leben hat,
- (4) erfolgreicher im Beruf ist,
- (5) glücklicher ist.

Dieser zweite Teil der Frage hatte zum Ziel herauszufinden, ob die Befragten ihrer Idealperson tatsächlich eine grosse Bedeutung zuschreiben. Denn wenn jemand antworten würde, eine Idealperson sei gesünder, werde ein höheres Lebensalter erreichen, habe mehr vom Leben, sei erfolgreicher im Beruf und sei glücklicher, dann könnte der Eindruck entstehen, dass er tatsächlich ein Verhalten, das dem dieser Idealperson nahe kommen würde, anstrebt.

Die Befragten lassen sich gesamthaft gesehen in zwei gleich grosse Gruppen einteilen: In eine erste Gruppe, die sich eine Idealperson tatsächlich gesünder etc. vorstellt, und in eine zweite Gruppe, die das Gegenteil behauptet. Interessant ist die Analyse nach Geschlecht, wobei die Männer einer Idealperson mehr Bedeutung zuschreiben als die Frauen.

Tendenziell reagierten die Befragten genervt auf die Fragen, ob eine Idealperson glücklicher etc. sei. Es könnte sein, dass die Interviewerinnen den Befragten mit diesen Fragen zu nahe traten und ihnen indirekt unterstellten, sie wären nicht glücklich, nicht gesund oder nicht erfolgreich genug. Weiter könnte ein Grund für die genervten Reaktionen sein, dass die Befragten den Sinn der Fragen nicht verstanden oder sich sogar erstmals bewusst wurden, dass Glück, Langlebigkeit, Erfolg und Gesundheit etwas mit Ernährung und/oder Bewegung zu tun haben könnten.

Es ist in einer weiteren Befragung darauf zu achten, wie die Fragen bezüglich sozial bedingtem Ernährungs- und Bewegungsverhalten zu formulieren sind. Es wird weiter interessant sein, eine Korrelation zwischen diesen Antworten und Komponenten von Gesundheitskompetenz herzustellen (siehe Kapitel D-15.2). Dabei wird sich zeigen, ob eher mehr oder weniger gesundheitskompetente Typen das Vorbild einer Idealperson erstrebenswert finden.

15 Qualitative Analyse

Der zweite Resultatteil befasst sich mit der Analyse der offenen Fragen der halbstrukturierten Interviews. Die offenen Fragen ergänzten jeweils die geschlossenen Fragen und dienten dazu, von den Interviewpartnern genauer zu erfahren, wie verschiedene Themen wahrgenommen werden, wie mit einem bestimmten Thema umgegangen wird und was für Faktoren einen Einfluss auf verschiedene Verhaltensweisen haben könnten.

Wie bereits oben beschrieben, bestand die qualitative Analyse der Studie aus 2 Teilen. In einem ersten Schritt wurden die Themen Ernährung, Bewegung und Gewicht, sowie Marktorientierung und Informationsverhalten untersucht (siehe Kapitel D-15.1). Der zweite Teil der qualitativen Analyse beschäftigte sich damit, verschiedene Idealtypen bezüglich Gesundheitskompetenz in Ernährung, Bewegung und Gewicht zu erarbeiten (siehe Kapitel D-15.2).

15.1 Kategoriensystem

Für die Erarbeitung des Kategoriensystems (dargestellt in 5 Mind Maps) wurden verschiedene Schritte in der Analyse der offenen (mit Beizug von Informationen aus den geschlossenen) Fragen durchlaufen:

- (1) Nach der Datensammlung in den Monaten Oktober und November 2007 wurden die während den halbstrukturierten Interviews gesammelten Daten alle von den Interviewerinnen am Computer in ein vorgefertigtes Formular eingegeben. Alle 100 durchgeführten Interviews wurden ausgedruckt und von der Autorin durchgelesen.
- (2) Eine erste inhaltliche Bilanz zu den Daten aus den 100 halbstrukturierten Interviews ergab, dass die Menge an Daten zu groß war, als dass man alle Interviews gleichzeitig hätte analysieren können. Die Autorin hat sich deshalb dafür entschieden, mit der detaillierten Analyse von 8 Interviews zu beginnen.

- (3) Es wurden als nach folgenden Kriterien 8 Interviews aus der Gesamtmenge der 100 Interviews ausgewählt: Die Selektion der Interviews bestand aus gleich vielen Frauen wie Männern, die Sprachregionen wurden proportional berücksichtigt, die Personen wiesen ein unterschiedliches Körpergewicht auf und deckten eine breite Altersspanne ab.
- (4) Als erster Schritt in der Analyse wurden von 8 Befragten Kurzprofile⁸⁵ erstellt. Diese Kurzprofile beschreiben in einem kurzen Text, als Zusammenfassung der Daten aus den halbstrukturierten Interviews, die wichtigsten Eckpfeiler zu den Themen Ernährung, Bewegung und Gewicht bei den Befragten.
- (5) Nach der Erarbeitung der 8 Personenprofile wurden alle 8 Profile von der Autorin auf einem Tisch ausgelegt. Es stellte sich dir Frage nach der gesundheitskompetenten Person unter den Befragten: Existiert sie? Bald wurde erkannt, dass die 8 Personenprofile nicht eindeutig einer gesundheitskompetenten oder einer nicht gesundheitskompetenten Gruppe zugeordnet werden konnten. Es zeigte sich vielmehr, dass die 8 Personenprofile jeweils Anzeichen von mehr oder weniger Kompetenz enthielten. Weiter zeigte sich, dass die Themen Ernährung, Bewegung und Gewicht und auch verwandte Themen wie Informationsverhalten und das Thema Einkauf von den Befragten, von welchen solche Personenprofile erstellt wurden, sehr unterschiedlich gesehen wurden.
- (6) Die Autorin entschied sich aufgrund von dieser Ausgangslage dafür, genauer hinzuschauen und zu fragen, was die Befragten, angefangen mit den 8 Personenprofilen, mit den Themen Ernährung, Bewegung und Gewicht, aber auch Informationsverhalten und Markt (=Einkaufsverhalten) verbinden.
- (7) Auf der Basis der Personenprofile wurden erste Kategorien darüber gebildet, was die Befragten mit den Themen Ernährung, Bewegung, Gewicht, Markt und Gesundheitsinformation in Verbindung bringen. Die Kategorisierung erfolgte nach dem Prinzip des thematischen Kodierens. Das heißt, es wurde in den 8 Personenprofilen nach Dimensionen von Ernährung, Bewegung und Gewicht, sowie Markt und Informationsverhalten gesucht und in einem mehrstufigen Analyseprozess zu Kategorien zusammengefügt.

85 Die acht Personenprofile sind im Anhang dieses Dokuments zu finden.

- (8) Die erste Analyserunde wurde abgeschlossen, als keine neue Dimensionen mehr hervorgebracht werden konnten. Nach einer ersten Anordnung der gefundenen Dimensionen in Kategorien wurden alle durchgeführten Interviews beigezogen und das Kategoriensystem systematisch ergänzt. Diese systematische Ergänzung erfolgte nach demselben Prinzip wie in den bisherigen Analyseschritten erläutert.
- (9) Das Resultat dieser Kategorisierung sind 5 verschiedene Mind Maps (Ernährung, Bewegung, Gewicht, Marktorientierung und Informationsverhalten), welche darstellen, was die Befragten mit den genannten Themen assoziieren.
- (10) Das Resultat dieser Kategorisierung (5 Mind Maps) brachte die Autorin jedoch nicht weiter in ihrem Verständnis von Gesundheitskompetenz bezüglich Ernährung, Bewegung und Gewicht. Die Mind Maps stellen lediglich dar, was die Befragten mit den Themen Ernährung, Bewegung und Gewicht sowie Markt und Gesundheitsinformation in Verbindung bringen. Sie stellen jedoch keine Komponenten dar, welche zur Beschreibung und Erklärung von Gesundheitskompetenz hätten verwendet werden können. Es folgte deshalb ein weiterer großer Schritt im Analyseprozess, welcher in Kapitel 15.2.1 ausführliche dargestellt wird.

An dieser Stelle folgt die Beschreibung der Resultate aus dem ersten qualitativen Analyseteil – die ausführliche Beschreibung der erarbeiteten Mind Maps, welche darstellen, was die Befragten mit den Themen Ernährung, Bewegung und Gewicht sowie Markt und Gesundheitsinformation in Verbindung bringen.

Es folgt eine Beschreibung der 5 Mind Maps nach Themen:

- (1) Ernährung
- (2) Bewegung
- (3) Gewicht
- (4) Markt
- (5) Gesundheitsinformation

15.1.1 Ernährung

Das Thema Ernährung wurde gesamthaft gesehen am umfangreichsten diskutiert. Zum Essen und zur Ernährung haben die meisten Befragten viel zu sagen.

15.1.1.1 Die Spielregeln der Ernährung

(1) *Rituelle* Spielregeln

Viele Befragte sprachen davon, dass Essen generell ein Ritual sei, ohne weiter darauf einzugehen. Elemente, die jedoch häufiger genannt wurden sind konkrete Aussagen, welche die Kategorie „*rituelle* Spielregeln“ ausmachen. Die Regelmäßigkeit des Essens scheint wichtig zu sein: „*Sie versucht vor allem regelmässig zu essen*“ (3)⁸⁶, „*sie isst regelmäßig: Frühstück, Mittagessen und Abendessen*“ (47), „*ritiene molto importante mangiare regolare*“ (93), „*ne manque pas un repas, c'est impossible*“ (56), „*c'est capital d'avoir une structure dans l'alimentation.*“ (60) Neben der generellen Regelmässigkeit ist es den Befragten wichtig, einmal am Tag richtig zu essen: „*Es ist ihr wichtig, einmal am Tag richtig zu essen*“ (21), „*sie isst jeden Tag viel am Morgen, immer Znüni und Zvieri und ein Mal eine warme Mahlzeit am Tag*“ (28), „*cerca di cucinare bene una volta al giorno.*“ (96) Die meisten Befragten halten sich an die Regel, 3 Mal am Tag zu essen. Es kann sein, dass noch kleine Zwischenmalzeiten dazukommen, die Hauptpunkte sind jedoch das Frühstück, das Mittagessen und das Abendessen: „*Sie isst drei Mal täglich*“ (12), „*sie isst mit ihrem Mann zusammen, ganz regelmäßig, drei Mal am Tag*“ (29), „*für sie ist es wichtig, drei Mal pro Tag zu essen. Dies ergebe sich auch, weil sie ein kleines Kind habe*“ (39), „*er isst in der Familie, drei Mal am Tag*“ (43), „*es sollte drei Mal am Tag gegessen werden*“ (45), „*am Wochenende gehört ein Glas Wein dazu*“ (12), „*accompagné d'un bon verre de vin.*“ (54)

86 Im Folgenden wird zu jedem Beispielsatz aus den Interviews eine Nummer zur Identifikation der Befragten angefügt.

(2) Ernährungsregeln

Unter Ernährungsregeln verstehen sich Elemente, welche die Befragten als Referenzen beiziehen, um ihr Essverhalten in eine bestimmte Richtung zu steuern. Es sind das der Appetit, die Relevanz der Ernährung, Erfahrungswerte und verankerte Vorstellungen, die den Befragten helfen, ihr Verhalten bezüglich Gesundheit zu gestalten. Der Appetit bestimmt vor allem, wann etwas gegessen werden soll. Wie eine interne Regel funktioniert das Wechselspiel zwischen „Körpermeldung“ und Nahrungsaufnahme: *„Er isst einfach, wenn er Hunger verspürt“* (38), *„l'alimentation c'est d'avoir de l'appétit“* (69), *„mangia seguendo il suo appetito“* (87), *„mangia quando ha fame e quando è sazio si ferma.“* (95) Ein zentrales Element scheint die Relevanz der Ernährung zu sein: *„Essen und Ernährung haben einen großen Stellenwert in ihrem Leben“* (36), *„die Ernährung ist ihr sehr wichtig“* (45), *„[...] Essen hat bei ihr einen großen Stellenwert.“* (48) Erfahrungswerte stellen Regeln dar, an die sich die Befragten halten. Erfahrungswerte sind über einen längeren Zeitraum oder über ein ganzes Leben angeeignet worden und dienen als interne Wegweiser für das eigene Ernährungsverhalten: *„Ihr Ernährungsverhalten setzt sich aus Erfahrungswerten zusammen“* (6), *„sie hat immer ungefähr die selben Grundmenüs.“* (4) Neben Erfahrungswerten sind auch Vorstellungen über ein bestimmtes Ernährungsverhalten als Regeln wirksam, an die sich die Befragten bei ihrer Ernährung halten.

15.1.1.2 Essen ist Genuss

(1) Der sinnliche Moment

Genuss, Lust, Freude, Kultur, Festlichkeit, Augenweide, Schönheit und vollkommener Geschmack, das sind alles Elemente, die von den Befragten genannt wurden. Genuss drückt sich darin aus, dass Essen gut sein muss, dass man Essen genießen soll, und dass Essen nicht nur zur Nahrungsaufnahme dient: *„Sie isst oft, wenn sie gar keinen Hunger verspürt, nur aus Genuss“* (2), *„Essen ist mehr als nur Überleben, es ist mit Genuss verbunden“* (26), *„l'alimentazione è anche un piacere“* (77), *„plaisir de l'alimentation“* (55), *„mangiare è un piacere“* (66), *„essen ist schön“* (12), *„das Essen ist eine lustvolle Unterbrechung der Aktivitäten.“* (22)

(2) Essen: Ideale

Die Befragten haben gewisse Idealvorstellungen davon, was gute Ernährung ist, wobei diese Ideale auch manchmal gebrochen werden, worauf dann ein schlechtes Gewissen folgt. Gutes Essen ist damit verbunden, dass man auch ein wenig über die Stränge schlägt und zu viel isst oder trinkt, und dann diesen „Ausrutscher“ bereut. Auf der anderen Seite kann ein erlaubter „Ausrutscher“ auch Genuss sein: *„Wichtig ist ihm, dass man sich ab und zu eine Sünde erlauben darf, und nicht alles immer so streng reglementiert ist.“* (3)

(3) Ernährung: Situative Elemente

Ein bedeutender Faktor ist die Situation, in der jemand isst. Es sind das gesellschaftliche Elemente im generellen oder die Familie, die Umgebung, das zu Hause, das Wochenende, die Lokalitäten und die Kantine. Die Gesellschaft, in der man isst, ist vielen der Befragten wichtig. Gesellschaft heitert die Situation auf, bringt Freude und einen Anlass, um einmal abzuschalten. In Gesellschaft kann man an vielen Orten sein: Am Arbeitsplatz, an einem Anlass, zu Hause, in den Ferien oder unter Leuten, die man gerade erst kennen gelernt hat. Spezielle Anlässe und Feste sind immer ein Moment, wo meistens zusammen gegessen wird. Festlichkeit wird so mit dem Thema Ernährung in Verbindung gebracht: *„Mangiare è una festa, una gioia“* (84), *„per lui sono molto importanti le festività religiose perché si sta a tavola per ore.“* (93) Essen ist auch schön anzusehen: *„Bei der Ernährung geht es schon mit den Augen los.“* (27) Essen muss schmecken: *„L'alimentation c'est le plaisir du goût.“* (57) Die Befragten legen wert auf Gesellschaft im generellen und Gesellschaft zu Hause, in der Familie: *„Essen ist ein gesellschaftlicher Anlass“* (11), *„sie liebt es, mit Freunden und der Familie zusammen zu essen“* (12), *„Essen ist vor allem ein gesellschaftlicher Anlass und dient nicht nur dazu, satt zu werden“* (13), *„isst gerne in Gesellschaft“* (20), *„das Essen mit der Familie ist wichtig: Als kommunikativer und sozialer Moment“* (22), *„empfindet essen mit Freunden und Familie als schön und wichtig“* (36), *„è importante mangiare con gli amici e con la famiglia allargata“* (95), *„moment de discussion en famille, convivialité, partage.“* (65) Neben der Gesellschaft ist ganz allgemein die Umgebung wichtig, in der sich jemand ernährt. Viele Befragte räumen dem zu Hause als Lokalität oder den

Lokalitäten allgemein, einen speziellen Stellenwert ein. Auch die Kantine ist ein Ort, wo man sich ernährt. Das Wochenende bietet eine spezielle Gelegenheit, wo dem Essen oftmals mehr Beachtung geschenkt wird und so wird das Wochenende mit der Ernährung in Verbindung gebracht: „Am Wochenende isst er gerne im Restaurant“ (31), „gerade an den Wochenenden genießt er das ausgiebige, lange Speisen in Gesellschaft“ (46), „nel week-end si alimenta regolarmente“ (92), „durante i week-end esce spesso a cena con gli amici mentre durante la settimana cena coi suoi familiari“ (98), „die Umgebung und die Lokalitäten sind ihr wichtig: Sie kann nicht in einem verrauchten Raum essen (22), „er isst jeden Tag in der Kantine seines Arbeitgebers und isst zwangsläufig ein Bisschen von Allem“ (9), „isst abwechslungsreich, meistens ist dies aber schwierig, weil ihm oft die Zeit [...] fehlt“ (10), „über Mittag isst sie viel im Geschäft; kann das aber nicht richtig genießen, weil die Zeit zu kurz ist“ (35), „a pranzo non ha un menù molto variato scegliendo cosa mangiare in base a dei criteri di praticità e di mancanza di tempo.“ (98)

(4) Essen: Die Zubereitung

Mit Genuss verbunden ist in vielen Fällen die Zubereitung des Essens, das Aussuchen von Rezepten und des Menus: „Sie nimmt sich Zeit zum Kochen“ (22), „für sie ist Kochen und Essen ein Genuss, mit Familie und Freunden sei es am schönsten“ (42), „[...] und schöne Zubereitung haben einen großen Stellenwert.“ (48)

15.1.1.3 Essen ist Gesundheit

(1) Wichtige gesundheitliche Aspekte

Die Befragten sehen verschiedene Elemente in ihrem Ernährungsverhalten als der Gesundheit förderlich oder diese unterstützend. So ergibt sich eine Sammlung von gesundheitsrelevanten Ernährungselementen: Eine Frucht am Morgen, Produkte aus artgerechter Tierhaltung, Fettreduktion, wenig Salz, Milchprodukte, Früchte, Gemüse, trinken, Nährstoffe, Müsli, Wichtigkeit des Frühstücks und von Zwischenmahlzeiten: „Wichtig ist ihm, am Morgen eine Frucht zu essen“ (13), „er isst viele Früchte, trinkt viel Wasser und ernährt sich nicht zu fetthaltig“ (30), „manchmal konzentriert sie sich darauf, mehr Gemüse und Früchte zu essen, dann fühlt sie sich gesünder und wohler“

(4), „achtet [...] auf Produkte aus artgerechter Tierhaltung“ (14), „sie isst jeden Morgen Müesli mit Yoghurt und Trauben drin. Sie isst nichts Fettiges (wie Speck, Würste, Aufschnitt, Cervelat) und nichts Süßes, weil sie es nicht mag. Sie liebt Salat und isst dementsprechend viel davon“ (24), „cerca di fare attenzione a non assumere troppi grassi“ (100), „inoltre segue i consigli che gli fornisce un suo amico dottore di mangiare tante verdure di stagione, bere tanto latte e mangiare pane integrale“ (89), „weiter achtet sie darauf, möglichst viel Gemüse zu essen“ (2), „mangia verdura in quantità“ (82), „c’est l’adjectif sain qui vient à l’esprit. L’objectif est de se nourrir le mieux possible, en tenant compte de la fraîcheur des légumes.“ (53)

(2) Ernährungstheorien

Neben verschiedenen gesundheitlichen Aspekten oder gesunden Elementen, die von den Befragten genannt worden sind, kristallisierte sich bei der Analyse der Interviews heraus, dass die Befragten ganz bestimmte „Ernährungstheorien“ haben. Diese reichen von der „generell gesunden Ernährung“ über Trennkost, Montignac, Vollwerternährung, mediterrane Ernährung, Rohkost bis hin zu Vegetarismus. Einige sind eigentliche Diäten, die von den Befragten befolgt werden, andere sind eher Richtlinien, an die sich die Befragten halten. So ist es zum Beispiel einer Befragten wichtig, sich vollwertig zu ernähren, so dass diese Überzeugung letztlich zu einer eigenen „Theorie“ wird. „Gesunde Ernährung hat einen sehr hohen Stellenwert“ (11), „er isst das, worauf er Lust hat, schaut aber, dass es gesund ist (31), „zu Hause isst sie nach den Regeln von Trennkost und Montignac, was bedeutet, den Insulinspiegel tief zu halten und keinen Zucker aufzunehmen“ (7), „non è servito niente di mangiare meno, invece prova a lavorare su fibre e zucchero, grazie al libro di Michel Montignac“ (80), „isst sehr vollwertig“ (9), „er isst gerne Meeresfrüchte, mediterrane Küche und benützt ausschließlich Olivenöl“ (32), „viel trinken, abwechslungsreich, Rohkost und keine Fertigprodukte“ (3), „ist Vegetarierin, das heißt, sie isst kein Fleisch, keinen Fisch und keine Eier. Zudem versucht sie, möglichst wenig Milchprodukte zu essen“ (2), „ernährt sich "überlegt", achtet auf Cholesterin.“ (7)

(3) Charakterisierung von verschiedenen Ernährungsmustern

Die Befragten charakterisieren ihren Ernährungsstil oder ihr Ernährungsverhalten. Essen muss einfach und frisch sein. Weiter gibt es Beispiele von Befragten, die ihre Ernährung über einen Tag oder sogar über eine Woche planen und schauen, dass sie über einen gewissen Zeitraum ausgewogen essen und so sicherstellen, sich mit allen wichtigen Nährstoffen zu versorgen.

„Isst am Abend relativ einfach und unausgewogen“ (15), „sie nimmt sich Zeit zum kochen, außer das Mittagessen, wenn sie allein ist, ist einfach“ (22), „es muss schnell gehen und schmecken.“ (35) Neben der Einfachheit ist es die Frische der Nahrungsmittel, die zählt: „Wichtig ist, dass es gut schmeckt, frisch ist [...]“ (5), „Wichtig ist C., dass das Essen frisch zubereitet worden ist“ (8), „frisches, gesundes Essen und schöne Zubereitung haben einen großen Stellenwert.“ (48) Die Ernährung sollte ausgewogen sein: „Am Abend fragt sie sich, ob sie schon etwas Süßes hatte“ (39), „trotzdem überlegt sie sich, ob sie eher Pommes isst oder einen Salatteller nimmt (was hatte ich schon?)“ (39), „schaut aber, dass diese immer ausgewogen und abwechslungsreich ist“ (42), „wenn er selber kocht, schaut er auf gesunde und ausgewogene Ernährung“ (49), „il cibo quotidiano è equilibrato“ (82), „bien manger de manière équilibrée en variant les vitamines, les fibres, etc.“ (61) Auf der anderen Seite gibt es Beispiele von unausgewogener und unausgeglichener Ernährung: „Isst am Abend einfach und unausgewogen“ (15), „purtroppo mangia in modo irregolare; non riesce ad avere una colazione sana e un buon pranzo (a causa del lavoro).“ (79)

15.1.2 Bewegung

Zur Bewegung haben die Befragten tendenziell wenig zu sagen. Bei der Bewegung schient es nicht so offensichtlich, diese mit Gesundheit in Verbindung zu setzen. Ein großer Teil der Befragten konzentrierte sich auf verschiedene Gründe, wieso sie sich bewegen.

15.1.2.1 Bewegung: Wieso ja, wieso nein?

(1) Bewegung: Wieso ja?

Die Befragten bewegen sich aus psychischen, ästhetischen, gesundheitlichen, gesellschaftlichen und physischen Gründen oder zur Erreichung von erwünschten Nebeneffekten. Unter psychischen Gründen nennen die Befragten den psychischen Ausgleich, die Möglichkeit, sich abzureagieren und etwas gegen steigende Nervosität zu tun. Manche fühlen sich nach einer körperlichen oder sportlichen Betätigung ausgeglichen, und haben Spaß daran, sich richtig auszutoben: *„Bewegung ist ein Ausgleich, um nicht zu verfaulen“* (16), *„[...] ausserdem geben ihr Spaziergänge und Wanderungen mit der Familie den nötigen Ausgleich“* (42), *„compensa lo stress con lo sport“* (81), *„[...] lui apporte un équilibre“* (56), *„geht joggen, um sich abzureagieren und abzuschalten“* (17), *„faccio movimento per non diventare nervosa“* (86), *„Tai-Chi è utile per l'autocontrollo e l'equilibrio“* (77), *„se distraire“* (57), *„se sentir mieux, être bien dans sa tête“* (72), *„spielt Fußball, um sich zu bewegen und weil es Spaß macht“* (15), *„Wohlfühl-Effekt danach“* (32), *„sie betreibt Teamsport, was ihr viel Freude und Spaß bereitet.“* (41)

Ästhetik ist immer wieder ein Thema. Es geht darum, durch Bewegung seinen Körper zu formen, Kalorien zu verbrennen und Gewicht zu verlieren. Anders als bei der Ernährung wird dieses Thema in Zusammenhang mit Bewegung direkt angesprochen. Die Befragten bewegen sich, um gut und sportlich auszusehen. Abnehmen ist ein Thema bei den Befragten, die sich schon Gedanken über eine gute Strategie zur Gewichtsreduktion gemacht haben und sehen, dass zu einem gesunden Körpergewicht eine gute Ernährung, aber auch körperliche Aktivität gehören. Bei den Frauen scheint die Auffassung, mit Bewegung hauptsächlich Kalorien zu verbrennen, verbreitet zu sein. *„Sein Fitnesstraining macht er aus Ästhetikgründen (er will gut aussehen)“* (37), *„mit Bewegung nimmt sie ab“* (44), *„[...] hat sein Bewegungsverhalten seit kurzem geändert und geht seit 3 Monaten ins Fitness. Dies macht er hauptsächlich, weil er, nachdem er aufgehört hat zu rauchen, 10 Kilo zugenommen hat“* (5), *„geht joggen, um sich abzureagieren und um abzuschalten, in schlechten Phasen auch, um Kalorien zu verbrennen“* (17), *„fa 45-60 minuti di passeggiata al giorno, con passo veloce. Questo*

per bruciare grassi o calorie“ (82), „sie achtet allgemein auf die Bewegung im Alltag, steigt früher aus dem Bus aus und steigt immer die Treppen hoch, dies macht sie vor allem, um ihr Gewicht zu halten“ (1), „per mantenere il controllo fisico (peso)“ (81), „inoltre fa le passeggiate, anche in montagna e nei boschi, durante il weekend. Lo fa per contenere il peso.“ (85)

Gesundheitliche Gründe sind ein weiterer Faktor, warum sich jemand im Alltag bewegt, Sport betreibt oder sich entscheidet, körperlich aktiver zu werden. Auf der einen Seite sind es allgemeine gesundheitliche Aspekte, die, wenn vorhanden, den Alltag erleichtern. Auf der anderen Seite wird Gesundheit auch oft mit Natur und der Bewegung an der frischen Luft in Verbindung gebracht: *„Bewegt sich, weil er weiß, wie wichtig Bewegung für die Gesundheit ist“ (19), „wenn sie sich bewegt, dann nicht unbedingt wegen dem Kalorienverbrauch, sondern aus Gesundheitsbewusstsein, weil es gut tut“ (36), „Sport allgemein [...] verbessert die Gesundheit [...]“ (39), „contact avec la nature“ (54), „ha pris conscience de l'importance de bouger pour ses problèmes de santé personnels“ (61), „garder la santé et éprouver un bien-être personnel“ (63), „fa tanto sport per tenersi in forma e per la salute (si evitano tante cose, per esempio problemi al cuore e alle articolazioni)“ (78), „è consapevole del fatto che dovrebbe fare del movimento fisico per la salute delle ossa, circolazione e per non ingrassare“ (89), „geht 2 Mal pro Woche zum Nordic-Walking (um an der frische Luft zu sein und fit zu bleiben).“ (20)*

Gesellschaftliche Aspekte scheinen bei der Bewegung und beim Sport bei den Befragten ein wichtiger Faktor zu sein. Mit Freunden oder Bekannten zusammen Sport zu betreiben ist ein Ansporn, sich regelmäßig zu bewegen und das vorgenommene Bewegungspensum auch einzuhalten. Freunde können motivieren, können anstrengende Trainingsphasen bei intensivem Training weniger intensiv aussehen lassen und so zu einem positiven Bewegungserlebnis beitragen: *„[...]und um die Kollegialität mit den anderen Kursteilnehmerinnen zu genießen“ (22), „pratica sport essenzialmente per divertimento e per il piacere di stare con i suoi amici“ (98), „spielt Fussball und Basketball mit Freunden.“ (16)*

Die Befragten bewegen sich oder trainieren gezielt eine spezifische Sportart, um eine Verbesserung der physischen Leistungsfähigkeit zu erreichen: *„Er trainiert mit einer privaten Fitnesstrainerin wöchentlich im Fitnesszentrum; das ist eine gute Motivation für Muskeltraining und das Verhalten an den Geräten zu üben. Dann macht er einen Bewegungskurs und geht einmal pro Woche walken (mindestens 2 h)“* (27), *„er macht Krafttraining und Konditionstraining“* (30), *„er versucht, einmal pro Woche ins Fitnesszentrum zu gehen, um Ausdauer und Kraft zu trainieren. Die Gründe für die Bewegung sind der Spaß, der Muskelaufbau und –Erhalt sowie die Ausdauer“* (32), *„renforcer le cardio, l'endurance, conserver la mobilité de son genou.“* (53)

Neben all diesen direkten Gründen, warum sich die Befragten bewegen, werden auch Nebeneffekte von sportlicher Betätigung genannt. Körperliche Betätigung oder Sport können darüber hinaus auch die geistige Leistungsfähigkeit stärken und entspannend wirken. Weiter bietet Sport eine Schule für den Alltag, man lernt den Wettbewerb auf eine spielerische Art kennen: *„Sie spielt regelmäßig Tennis, wegen dem Spiel und dem Wettbewerb“* (22), *„giovedì e venerdì si allena con i pesi per un'ora e mezza (scarico nervoso, rilassamento).“* (77)

(2) Bewegung: Wieso nein?

Warum vermeiden die Befragten körperliche Betätigung? Viele der Befragten haben Ausreden. Sie sagen, sie hätten keine Zeit oder sie hätten sich noch nie für Bewegung oder Sport begeistern können: *„Seit er die Kochlehre angefangen hat, hat er das Ringen aufgegeben (eine Zeitfrage)“* (25), *„er ist ein sportlicher Typ, möchte für den Sport gerne mehr Zeit haben“* (32), *„sie ist kein Sportfreak und hat keine Zeit (arbeitet im Kader, wo es keine Überstunden gibt!)“* (35), *„für ihn gibt es keine Sportart, für welche er sich schon von klein auf begeistern konnte“* (7), *„sie bewege sich weniger, als sie sollte und eigentlich auch wollte, was aber eher durch psychische Probleme begründet ist als durch ihren Willen“* (36), *„sonst fährt er immer mit dem Tram oder mit dem Bus, obwohl er eigentlich wüsste, wie wichtig die tägliche Bewegung ist.“* (5)

15.1.2.2 Bewegung: Im Alltag oder als Sport?

Viele der Befragten erzählten, wie sie sich im Alltag bewegen oder wie sie Sport betreiben. Die Bewegung im Alltag drückt sich dadurch aus, dass die Befragten sagen, sie gingen spazieren, sie gingen mit dem Hund regelmäßig an die frische Luft oder sie nutzten die Gelegenheit, möglichst oft zu Fuß zu gehen. Befragte, die sich sportlich betätigen, bewegen sich auf verschiedenen Intensitätsstufen, von Extremsport, über normales Training, regelmäßiges Training, 2-3 Mal pro Woche, 2 Mal pro Woche bis hin zu 1 Mal pro Woche. Weiter gibt es Befragte, für die Sport eine Lebensnotwendigkeit ist und die deshalb „immer“ Sport machen. Noch andere haben verschiedene Bewegungsphasen. Einmal gehören sie der intensiv Sport treibenden Gruppe an, dann wieder der „faulen Gruppe“. Manchmal wird unter Sport auch das Anwenden von verschiedenen Entspannungstechniken erwähnt und manchmal ist Sport sogar zum Beruf geworden: *„Fréquence du sport: 3-4 fois par semaine“* (52), *„ancienne sportive de compétition; actuellement, pratique du fitness (cardio, renforcement musculaire et cours); 2-3 entraînements par semaine; durée de l'entraînement: 1h. Motif de l'exercice: pour la santé, pour évacuer le stress du travail, pour se faire plaisir“* (66), *„3-4 volte alla settimana corre lungo il lago per 40-50 minuti e una volta alla settimana fa spinning per un'ora“* (81), *„sie hat immer verschiedene Bewegungsphasen. Es gibt Zeiten, da vergisst sie einfach Sport zu machen, da hat Sport keine Bedeutung und lässt sich auch nicht in ihren Alltag einbauen. In anderen Phasen hat sie wieder das Gefühl, jetzt brauche sie Sport“* (4), *„es gibt Phasen, in denen er mehr und Phasen, in denen er weniger macht. Sein Bewegungsverhalten ist nicht systematisch.“* (32)

15.1.2.3 Bewegung: Angemessen

Bewegung kann auch Begeisterung bedeuten, kann aus Drang zur Bewegung entstehen, doch sollte für viele der Befragten Bewegung angemessen sein, das heißt, nicht zu viel und nicht zu wenig, und ausgeglichen, wie bei der Ernährung. Der richtige Mix von Bewegung ist für einige der Befragten wichtig. Für sie ist Bewegung nicht etwas, dass man aus einem bestimmten Zweck macht oder mit dem man ein gewisses Ziel verfolgt. Bewegung gehört einfach dazu und es ist wichtig, dass dies in einem „ausgeglichenen“ Rahmen passiert: *„Geht 1 Mal wöchentlich zum Nordic-Walking. Sein Arzt hat ihm das*

Walken bereits vor 6 Jahren empfohlen, um ein paar Kilos zu verlieren. Hält sein wöchentliches Training ein. Ist ihm berufsbedingt aber nicht möglich, öfters zu trainieren. Hält diese Trainingshäufigkeit aber für angemessen.“ (13)

15.1.3 Gewicht

Das Gewicht ist ein Thema mit verschiedenen Facetten und Aspekten. Es fällt auf, dass das Gewicht von den Befragten tendenziell so dargestellt wird, dass es den Anschein macht, es sei kein Problem. Dies widerspiegelt auch den Eindruck der Interviewer, welche oftmals das Gefühl hatten, dass die Befragten Probleme mit dem eigenen Körpergewicht als nicht so wichtig darstellten, wie sie eigentlich sind oder sein sollten.

15.1.3.1 Das Gewicht und seine psychologischen Aspekte

Psychologisch bedingte Faktoren erschweren manchmal den Umgang mit dem Gewicht oder lassen ihn unnatürlich erscheinen. Weiter kann das eigene Körpergewicht zu einer regelrechten Obsession werden. Eine „Gewichtsobsession“ drückt sich darin aus, dass die Befragten sich mehr mit ihrem Gewicht beschäftigen, als ihnen lieb ist und dass die dauernde Belastung, abnehmen zu müssen, nicht mehr erträglich ist. Eine solche Obsession ist laut den Befragten durch verschiedene Faktoren beeinflusst, wie z.B. durch Schönheitsideale. Eine Obsession kann, wenn auf die Spitze getrieben, dazu führen, dass die Befragten sagen, das eigene Gewicht sei ihnen egal: *„Sie macht sich viele Gedanken zu ihrem Körpergewicht und sie hat hohe Ansprüche an ihr Aussehen. Diese Ansprüche kommen aber von ihr selber. Sie hat bloß manchmal das Gefühl, andere hätten eine Erwartung, einen Anspruch an ihr Gewicht“ (36), „für ihn ist es wichtig, keinen 'Ranzen' zu bekommen“ (37), „sie findet ihren Körper nicht schön, alles schwabbelt, dass könnte noch besser werden“ (7), „sie hat ihr ganzes Leben darauf geschaut, hatte aber nie das Glück, schlank zu sein (das liegt in den Genen). Sie hat zwei Mal mit dem Arzt zusammen abgenommen aber beide Male wieder zugenommen. Sie war schon mit 20 Jahren 72 kg. Das Positive am Schlanksein ist die Tatsache, dass man sich leichter bewegen und schöne Kleider tragen kann“ (29), „die Meinung ihres engsten Familienkreises und ihrer engsten Freunde ist S. wichtig, wenn es um ihr Gewicht geht“*

(4), „*al marito non piace la persona che viene troppo grossa, bisogna capire cosa vuole l'altro*“ (83), „*fühlt sich trotzdem ab und zu dick und hat eine Krise, wenn sie merkt, dass sie zugenommen hat*“ (18), „*er war auch schon um Einiges schwerer, da fühlt man sich nicht wohl (Atmung, Gesundheit allgemein sind beeinträchtigt)*“ (33), „*das Gewicht ist ihr nicht egal, achtet auf ihr Gewicht und stellt trotzdem manchmal wieder fest, dass sie zugenommen hat*“ (40), „*wenn sie noch mehr wiegen würde, würde sie sich nicht mehr wohl fühlen*“ (40), „*sie ist auf Diät. Sie hat mit WeightWatchers sehr viel abgenommen und ging lange auch zu deren Treffen. Jetzt versucht sie, alleine noch mehr abzunehmen. Manchmal nervt es sie sehr, dass in der Gesellschaft alle so 'dünn' sein 'müssen/wollen'*“ (44), „*oui c'est important, voire une obsession, même si elle fait des efforts pour éviter que cela en soit une*“ (52), „*elle fait un peu attention à son poids, mais n'en fait pas une obsession, ni une fixation*“ (53), „*sie versucht schon lange abzunehmen, aber es ist schon immer so gewesen, dass die Kilos schneller drauf waren als weg*“ (42), „*das Gewicht ist ihm egal. Es kommt nur auf die Erscheinung an und nicht auf die tatsächliche Zahl. Wirklich wichtig ist die Zufriedenheit mit sich selbst.*“ (38)

15.1.3.2 Das Gewicht als eine Normalität

Viele Befragte, die auf die Frage zum Umgang mit dem eigenen Körpergewicht geantwortet haben, sehen keine Probleme: Das eigene Körpergewicht gehört einfach zum Leben dazu. Eine regelmäßige Kontrolle gehört auch dazu – und das ist für die meisten der Befragten normal, denn um das Gewicht zu halten, sollte man es kontrollieren. Es gibt verschiedene Arten, das Gewicht zu kontrollieren: Zum einen die Art der objektiven Messung, durch eine regelmäßige Kontrolle auf der Waage. Zum anderen die subjektive Messung, das heißt, die Kleider müssen einfach immer passen. Eine weitere Art der subjektiven Messung ist die Beibehaltung eines guten Körpergefühls, welches verschwindet, wenn das Gewicht zu fest vom „Wohlfühlgewicht“ abweicht. Noch eine andere Art der Messung ist die Kontrolle vor dem Spiegel. Das Spiegelbild dient als Indikator für eine Gewichtszu- oder Abnahme. Neben der Gewichtskontrolle drückt sich der normale Umgang mit dem Gewicht dadurch aus, dass Befragte sagen, dass es einfach wichtig sei, sein eigenes Idealgewicht

zu kennen und zu fühlen, sich nicht von irgend jemandem beeinflussen zu lassen. Wichtig ist, dass man ein Wohlfühlgewicht hat, das in etwa dem Normalgewicht entspricht: *„E' importante mantenere un peso normale perché ci si sente meglio fisicamente e psicologicamente“* (91), *„man muss das Mittelmass halten, sich im normalen Bereich bewegen; ein Paar Kilos darüber oder darunter machen nichts“* (25), *„sie schaue schon auf ihr Gewicht und sie habe ein so genanntes Wohlfühlgewicht. Dies sei aber keine Zahl, sondern sie messe das an den Kleidern und an ihrem Wohlfühlen, denn solange sie sich wohl fühle und ihr Selbstbewusstsein stimme, spiele die Zahl keine Rolle“* (39), *„sie und ihr Mann haben beide ihr Idealgewicht und da schauen sie auch. Wichtig ist auch anzuerkennen, dass sich die Figur im Alter ändert. Wenn sie ein bisschen über ihrem Idealgewicht ist, dann isst sie einfach weniger.“* (6)

15.1.3.3 Das Gewicht: Assoziationen

Wie bei der Ernährung und bei der Bewegung nennen die Befragten verschiedene Elemente, die sie mit dem Gewicht in Verbindung bringen. Auf der einen Seite sind das Elemente, die das Gewicht beeinflussen können, Assoziationen zum Thema Gewicht und der Zusammenhang von Gewicht und Gesundheit. Auf der anderen Seite sind dies situative Elemente, die beim Thema Gewicht und vor allem bei der Gewichtskontrolle eine Rolle spielen. Es besteht die Sorge, dass das Gewicht aufgrund von situativen Elementen nicht immer unter Kontrolle gehalten werden kann. Es sind zum Beispiel Geschäftsessen, die es verunmöglichen, einen gesunden Menuplan einzuhalten. Oder es sind Hormone oder ein schlechter Stoffwechsel, die eine Gewichtskontrolle erschweren. Die Befragten denken dennoch, dass Ernährung und Bewegung einen Einfluss auf ein gesundes Gewicht haben. Mit einem gesunden Körpergewicht assoziieren die Befragten Beweglichkeit, die Möglichkeit, schöne Kleider anzuziehen und schlank zu sein. Weiter ist ein gesundes Gewicht auch saisonal bedingt: Im Winter wiegt man vielleicht ein bisschen mehr als im Sommer. Gewicht wird auch direkt mit Gesundheit verbunden. So meinen einige der Befragten, dass Übergewicht die Gesundheit beeinträchtigt und dass man nur mit einem normalen Körpergewicht auch wirklich gesund sein könne: *„Gewicht hat für sie keinen Stellenwert; es hätte sicher einen wenn es ein Problem gäbe. Aber da sie sich gerne bewegt, besteht dieses Problem nicht“* (22), *„Bewegung und abnehmen*

gehören zusammen“ (31), „damit sie sich wohl fühle achte sie auf gesunde Ernährung und genug Bewegung, denn sobald dies nicht der Fall sei, fühle sie sich schnell unwohl. Außerdem findet sie, dass ihr Befinden gegenüber dem Gewicht auch mit dem Hormonhaushalt zusammenhänge“ (39), „in der heutigen Gesellschaft müsse man einfach schlank sein. Hat selbst ein wenig Übergewicht, kann nicht alle Kleider tragen, die sie gerne möchte, wäre gerne etwas dünner“ (17), „findet es viel attraktiver, schlank zu sein“ (19), „Gewicht ist wichtig wegen der Gesundheit: zu dick ist schädlich für die Knochen, unterernährt schadet den Organen. Es ist wichtig, um gesund zu leben und auch um gut auszusehen“ (25), „das Gewicht unter Kontrolle zu halten ist wichtig wegen der Gesundheit und der Beweglichkeit.“ (26)

15.1.4 Marktorientierung

Die Frage zur „Marktorientierung“ konzentrierte sich auf das Einkaufsverhalten bezüglich Lebensmittel. Wir waren daran interessiert, wie die Befragten Lebensmittel einkaufen, was sie für Auswahlkriterien haben und wie ein typischer Einkauf aussieht.

15.1.4.1 Einkaufsregeln

Die Befragten nannten unterschiedliche Regeln, an welche sie sich beim Einkauf von Lebensmitteln halten. Diese Regeln können wiederum in verschiedene Gruppen unterteilt werden: Produktmerkmale, Produkttypen und Ja/Nein Entscheidungen zu bestimmten Arten von Produkten. Die Befragten schauen auf das Verfalldatum, kontrollieren die Frische der Produkte, kaufen Produkte nur, wenn das Preis-Leistungsverhältnis und die Qualität stimmen und achten darauf, dass bestimmte Produkte biologisch produziert worden sind. Viele Befragte schauen darauf, Inland- und Saisonprodukte zu kaufen. Es gibt auch kritische Produkte, bei welchen die Befragten sich konkret überlegen, ob sie diese nun kaufen sollten oder nicht. Es sind dies Light-Produkte, Fastfood Produkte, Produkte mit Konservierungsstoffen, Convenience Food und zuckerhaltige Produkte. Was eingekauft wird, muss bei den Befragten verschiedene Charakteristiken erfüllen wie: Frische, Einfachheit und einfache Zubereitungsmöglichkeit. Je nach dem, ob jemand alleine oder in der Familie lebt,

kommt noch die Frage der Menge dazu. So kaufen allein stehende Befragte lieber kleinere Mengen ein, dafür häufiger: „Die Produkte, die er einkauft (meistens bei MIGROS) müssen preiswert und von guter Qualität sein (nicht verfallen usw.)“ (33), „zu Hause haben sie einen Gemüsegarten und ein Bauer kommt regelmäßig mit frischen Eiern, Kartoffeln, Äpfeln, Birnen. Das findet sie positiv“ (28), „sie kauft frische Sachen (Fleisch, Gemüse, Salat, Früchte)“ (29), „evita di acquistare prodotti OGM, ma sostiene i prodotti BIO e i prodotti Fair Trade“ (97), „sie kauft viel auf dem Bauernhof (Brot usw.,) wegen der Qualität und um die Bauern zu unterstützen. Sie schaut nicht auf BIO oder Light“ (35), „sie kauft Schweizer- und Bioprodukte, Produkte vom Bauer und auch Light-Produkte“ (21), „Produkte müssen absolut frisch sein (keine Konserven)“ (19), „est attentive à ne pas acheter de ‚junk food‘, même si parfois elle craque“ (52), „sie kaufe frische, preiswerte und zucker- sowie fettfreie Produkte.“ (14)

15.1.4.2 Faktoren des Einkaufsverhaltens

Es wurden verschiedene Elemente genannt, welche die Befragten in ihrem Einkaufsverhalten beeinflussen. Es sind vor allem „Spielregeln“ und psychologische Elemente, die das Einkaufsverhalten der Befragten prägen. Viele gaben an, impulsiv oder aus Routine einzukaufen. Andere wiederum sagen, dass sie einkaufen würden, was sie gerade sehen, und dass das aus Gewohnheit erfolge. Sie suchen sich die Produkte wegen deren Bekanntheit. Andere Befragte sind hingegen immer aufmerksam und machen jede Woche einen Einkaufsplan. Psychologische Komponenten sind Faktoren, die das Einkaufserlebnis im guten oder im schlechten Sinne beeinflussen können. Das Einkaufserlebnis kann für die einen Stress bedeuten, für andere muss es einfach schnell gehen (damit sie nicht gestresst sind). Beim Einkaufen müssen sich die Befragten manchmal mit ihren Gefühlen auseinandersetzen und das Einkaufsverhalten ist oft von Lust und/oder Unsicherheit geprägt.

Der Preis sowie Sonderangebote und Aktionen beeinflussen die Kaufentscheide der Befragten. Für die einen sind die Preise der Lebensmittel ein ernstes Problem, andere schauen mehr oder weniger auf den Preis und wieder andere geben an, der Preis spiele keine Rolle. Verschiedene der Befragten sind sensibel auf Aktionen und

Sonderangebote. Häufig wurde gesagt, dass das gekauft werde, was nicht zu Hause ist: „*Compra i prodotti che è abituata a comprare, quasi per automatismo*“ (99), „*importance de faire ses courses rapidement; courses = corvée répétitive et stressante; a le sentiment d'acheter souvent la même chose; est perdue dans l'offre des aliments proposés. Achète uniquement ce qui est nécessaire en petite quantité. Fait ses courses quotidiennement; achète de manière impulsive selon l'envie; attache de l'importance à la marque*“ (59), „*einkaufen ist für sie Routine. Sie kauft immer dieselben Grundnahrungsmittel und meist auch dieselben Produkte, außer sie lädt Freunde zum Essen ein. Sie geht eher selten spontan einkaufen*“ (4), „*die Produkte, die sie kauft, wählt sie nach Bekanntheit*“ (48), „*sie hasst das Einkaufen; es muss schnell gehen*“ (22), „*sie plant den Einkauf selten, kauft nach Lust und Laune. Sie kauft mit Augen und Nase (z.B. riecht ob die Tomaten gut sind)*“ (23), „*sie achte sehr auf den Preis und kaufe dementsprechend viele Aktionsprodukte*“ (47), „*weil sie aber andererseits ein sehr lustbetonter Einkäufer ist, gerät sie manchmal in einen „Klitsch“, sie hätte z.B. lieber das rahmhaltige Stracciatella-Joghurt, fände das Light-Joghurt aber trotzdem überlegter – daher versucht sie das Mittelmass zu finden, ein Gleichgewicht, nicht nur um auf ihre Figur zu achten, sondern auch aus Gesundheitsbewusstsein*“ (36), „*manchmal schaut sie schon auf das Angebot, was hat es Spezielles?*“ (42), „*schaut auch oft vorher in der MIGROS-Zeitung, was gerade so im Angebot ist*“ (44), „*wenn es Aktionen im Angebot hat, die er brauchen kann, dann kauft er sie*“ (50), „*er kaufe was er brauche und auf was er Lust habe*“ (37), „*pas de liste de courses, pas de planning au départ. Considère les promotions, les actions. Achète systématiquement les mêmes articles au final.*“ (54)

Verschiedene Befragte gehen regelmäßig einkaufen, einmal die Woche oder immer an einem bestimmten Tag. Andere gehen nur mit einem Einkaufszettel in einen Laden, denn sie sagen, sie würden sonst zuviel oder „schlechte“ Produkte einkaufen. Viele von den Befragten gehen nicht selber einkaufen, sondern der Partner oder die Partnerin erledigt diesen Teil des Zusammenlebens. Die Befragten geben weiter an, dass es besser ist, ohne Hunger einzukaufen, denn mit Hunger kaufe man immer zu viele Dinge ein, die man gar nicht alle zu essen vermöge. Das Einkaufsverhalten ist weiter von der Lokalität

beeinflusst. Die Befragten erzählen von ihren Erlebnissen im Dorfladen mit dem frischen Gemüse und der frischen Milch vom Bauer aus der Region. Andere erzählen von ihrer monatlichen Fahrt ins benachbarte Deutschland, wo sie in Billigsupermärkten ganze Regale auf Vorrat leer kaufen: „*Sie hat einen Einkaufszettel*“ (22), „*sie habe immer einen Einkaufszettel, kaufe also nicht 'lustorientiert' ein, lässt sich aber einen Spielraum, wie z.B. bei Aktionen*“ (39), „*Süßigkeiten stehen selten auf dem Einkaufszettel, sondern die kauft sie eher, wenn der Blick auf sie fällt. Typisch für sie sei, dass sie mit Hunger viel mehr einkaufe*“ (40), „*avant de faire ses courses, réfléchit à son planning de la semaine: on mange à la maison ou on va au restaurant; en fonction de ses prévisions et de son planning, fait les courses pour env. une semaine*“ (66), „*B. schreibt sich immer alles auf. Sie macht sich auch einen Plan, welche Geschäfte sie in welcher Reihenfolge besucht, damit sie eine geschickte Route hat. Sie weiß immer, wo es was Gutes gibt und geht auch oft auf den Markt, wo sie ihre beiden Lieblingsstände hat. Diese hat sie bewusst ausgewählt. Wenn sie ihren Mann zu Einkaufen schickt, dann muss dieser auch zu diesen Ständen. Sie kauft grundsätzlich all das, was ihr schmeckt und hat vertrauen in die Geschäfte, die sie besucht.*“ (6)

15.1.5 Gesundheitsinformationen

Das Thema Gesundheitsinformation ist bei den Befragten umstritten. Es wurde die Frage gestellt, ob die Befragten das Gefühl hätten, viele Gesundheitsinformationen wahrzunehmen und ob sie dies positiv oder negativ fänden. Generell wurde gefragt, ob die Interviewpartner mehr von ihrer Wahrnehmung und von ihrer Meinung über Informationen zum Thema Gesundheit mitteilen könnten. Es wurden Aussagen zu den Eigenschaften der Informationen und zur Rolle der Empfänger gemacht. Weiter taten die Interviewpartner ihre Haltung zur Gesundheitsinformation kund und machten Einschätzungen über potentielle Informationsquellen. Weiter machten sie auf Probleme im Bereich *Gesundheitsinformation generell* aufmerksam.

15.1.5.1 Gesundheitsinformation: Eigenschaften der Informationen

Gesundheitsinformationen sind überall. Die Befragten sind tendenziell der Meinung, dass kein Tag vergeht, ohne dass man mit irgendwelchen Gesundheitsinformationen

konfrontiert wird. Das Informationsangebot ist überwältigend und es wird nach Meinung der Befragten immer unüberschaubarer. Das Problem am Informationsangebot ist dessen Verwirrtheit. Bei einer regelrechten Informationsflut ist es schwierig, das Richtige zu verstehen und das Richtige aufzunehmen. Was hilft, ist eine klare Vorstellung darüber, wer welche Gesundheitsinformationen sendet. Die vielen Gesundheitsinformationen können laut den Befragten auch negative Auswirkungen haben: Zu viel Information bewirkt das Gegenteil, die Leute hören gar nicht mehr richtig hin. Zu viel und zu übertriebene Information geht für die Interviewpartner mehr in die Richtung von Angstmacherei; so stark, dass die Befragten die Information gar nicht mehr aufnehmen. Eine andere negative Auswirkung der Übertreibung ist das Potential zur Entwicklung einer „Hypochondriegesellschaft“. Jemand der Befragten meint sogar, Gesundheit sei wie eine modern Ersatzreligion für die Menschen geworden: *„Ja, das Thema Gesundheit ist momentan überall“* (5), *„sieht häufig Fernsehwerbung (light Produkte), ihm fallen Plakate mit Werbung für Fitnessstudios auf, Antiraucher- Alkoholkampagnen, das Thema Gesundheit ist überall präsent, sei aber vor allem ein Frauenthema“* (16), *„eine Überflutung stellt auch sie fest. Es sei zu viel ihrer Meinung nach. In letzter Zeit bekäme sie sogar Telefonate als Werbung für alles Mögliche“* (45), *„es sei eine Katastrophe. Erhält sehr viele Broschüren. Diese seien jedoch sehr irritierend. Informationen sagen Mal dies, Mal das Gegenteil. Das muss sehr schwierig sein, für Leute, die nicht ihr Wissen haben“* (12), *„wenn, dann seien diese nur verwirrend und er beachtet sie deswegen auch nicht“* (13), *„mais souvent il y a trop d'informations contradictoires, on tombe donc dans l'extrême, dans l'excès d'informations. On ne sait plus ce qui est de l'info ou de l'intox“* (52), *„dice che oggi si è stra-informati sulla salute, totalmente e forse fin troppo informati“* (87), *„es ist eine Angstmacherei (z.B. Samuel Stutz spricht ein Thema an und beendet es nicht, wendet nie da gewesene Methoden an, eine Verunsicherung der Bevölkerung, die dann zum Arzt springt)“* (27), *„Gesundheit scheint eine Art Ersatzreligion für die Menschen geworden zu sein.“* (5)

15.1.5.2 Gesundheitsinformation: Eigenschaften der Informationsquellen

Informationsquellen kommen gesamthaft gesehen nicht gut weg bei den Befragten. Sie unterstellen den Quellen und den Verantwortlichen für Gesundheitsinformation

hauptsächlich, dass diese nur aus Eigeninteressen informieren würden und die Bedürfnisse der Bevölkerung nicht richtig analysierten – und sie würden Gesundheit als ein Ideal verkaufen. Es gehe jedoch nicht nur um Gesundheit als ein „Schönheitsideal“, sondern um individuelles Wohlbefinden. Weiter versuchten die meisten Informationsquellen mit der Gesundheit nur Geld zu machen und alles sei doch einfach Marketinginformation, was immer mit einer Manipulation und nicht mit einer objektiven Information in Verbindung gebracht wird. Die Befragten berufen sich auf die groß angelegten nationalen Kampagnen und kritisieren die Werbung für Wellness: *„Er werde ganz klar mit viel zu vielen Informationen bombardiert, wenn er den Fernseher einschalte, wie auch in Magazinen. Meistens seien das aber Konfrontationen mit dem Schönheitsideal und wie man dieses erreichen kann. Er fügt noch hinzu, dass: mit dieser Art von Informationen heute Geld gemacht werde“* (37), *„sostiene che il tema della salute sia "molto gettonato" in questo periodo e che, infatti, la metà dei prodotti nei supermercati contengono la parola "wellness"; è una strategia di marketing.“* (90)

15.1.5.3 Gesundheitsinformation: Rollen der Empfänger

Die Befragten nehmen ihre Rollen als Empfänger von Gesundheitsinformationen unterschiedlich wahr. Sie sind bereit, sich Informationen zum Thema Gesundheit anzusehen und sind aufmerksam, wenn sie irgendwo eine derartige Information finden. Wichtig sei es, seine eigene Meinung zu haben, sonst verlöre man sich in diesem Informationsdschungel. Ebenso wichtig sei es, kritisch zu sein und aktiv zu werden, wenn man anderer Meinung sei. Die aktiven und interessierten Befragten sagen, man habe tausend Möglichkeiten, sich richtig zu informieren, wenn man nur wolle. Eine andere Gruppe ist eher ablehnend eingestellt und sagt, die Gesundheitsinformationen träfen nie die richtigen Empfänger. Niemand habe ihnen zu sagen, was sie bezüglich ihrer Gesundheit zu tun oder zu lassen hätten. Generell sei „man“ ja schon genug informiert. Einen diplomatischen Zugang zum Thema „Rollen der Empfänger“ finden die Befragten, die der Gesundheitsinformation keine Beachtung schenken, und sich deshalb über ihre Rolle auch keine Gedanken machen müssen. Sie nehmen Gesundheitsinformationen höchstens nebenbei noch auf: *„Man hört sehr viel über Gesundheit, man muss es aber hören wollen“* (34), *„er nimmt es gar nicht so wahr, hat*

kein großes Interesse“ (31), „grundsätzlich meint sie, dass alle irgend etwas Anderes erzählen. Das hat aber auch etwas Gutes, denn so bekommt man Gelegenheit, sich seine eigene Meinung zu bilden“ (2), „wenn man sich orientieren will, hat man genug Möglichkeiten“ (30), „sie fühle sich nicht überflutet, da sie nicht allem Beachtung schenke.“ (39)

15.1.5.4 Gesundheitsinformation: Haltung zur Information

Die Antworten der Befragten lassen sich in zwei Positionen einteilen. Es gibt die positive und die negative Grundhaltung zu Gesundheitsinformation. Eine positive Haltung drückt sich dadurch aus, dass die Informationsmenge als richtig eingeschätzt wird, dass sie nicht überhäufend wirkt und dass Gesundheitsinformation generell als positiv gesehen wird. Zu schlechte und zu wenig, zu wenig gute, zu viel oder zu viel schlechte Information sind die Schlagwörter für die negative Gruppe. Zu wenig oder zu wenig gute Information scheint generell das Problem zu sein, mit der Begründung, dass man nie genug wissen kann und dass in der Schweiz ein großer Teil der Bevölkerung zu Gesundheitsthemen, vor allem Ernährung, Bewegung und Gewicht, tatsächlich zu wenig weiss. Zu späte Information wird auch als zu wenig Information betrachtet, denn zum Zeitpunkt, da sie gebraucht wurde, war sie nicht da. Das Problem der schlechten Information wird so begründet, dass nicht genug interessante und stimulierende Information zur Verfügung steht. Vor allem die Medien werden „angeklagt“, zu schlecht zu informieren, so die Menschen sogar schlecht erziehen: *„Er findet, es sei die richtige Menge an Informationen vorhanden: Man finde alles, was man brauche und wolle“ (46), „im Moment seien es vor allem Ernährungsthemen, die angesprochen würden. Ihrer Meinung nach, käme das aber zu spät“ (40), „qu'on laisse trop de place aux mauvaises informations“ (60), „pense que l'offre d'informations est vaste, mais estime qu'il y a trop de mauvaises informations; Pense qu'il y a une mauvaise sensibilisation du public, qu'il y a trop de publicité trop agressive et contre-productive“ (67), „von den Medien kommt zu viel schlechte Information.“ (27)*

15.1.5.5 Gesundheitsinformation: Spezifische Bedenken der Empfänger

Mit dem Thema Gesundheit und Information werden von den Befragten weitere, generelle Probleme aufgebracht. Es bestehen Verständnisprobleme auf verschiedenen Ebenen. Viele Menschen sind in der Offerte verloren und haben „Navigationsschwierigkeiten“, auch wenn sie sich informieren möchten. Dies löst eine große Unsicherheit aus: *„elle est parfois perdue dans l'offre“* (55), *„Est également perdue parfois dans l'offre informative, ne sait plus ce qui est vrai et ce qui est faux, tellement il y a d'infos contradictoires.“* (63)

An dieser Stelle schließt sich die Beschreibung der Mind Maps zu den Themen Ernährung, Bewegung und Gewicht sowie Marktverhalten und Informationsverhalten. Wie schon oben erläutert, führte diese Mind Maps Struktur die Autorin nicht dazu, Gesundheitskompetenz für die Bereiche Ernährung, Bewegung und Gewicht besser zu verstehen oder gar beschreiben zu können. Aus diesem Grund wurde eine zweite qualitative Analyse durchgeführt. Der Analyseprozess ist am Ende von Kapitel D-15.2.1 beschrieben. Der erste Teil des Kapitels ist einer Synthese der Resultate dieses zweiten qualitativen Analyseteils gewidmet.

15.2 *Idealtypen*

Die qualitative Analyse hatte (neben den oben vorgestellten Mind Maps) weiter zum Ziel herauszuarbeiten, wie *Gesundheitskompetenz* für die Bereiche Ernährung, Bewegung und Gewicht zu *beschreiben* ist und durch welche möglichen Faktoren diese *erklärt* werden kann (siehe Forschungsfragen in Kapitel A-3.1). Es wurde die Erarbeitung von idealtypischen Kompetenzkomponenten angestrebt, wobei sich während der Analyse vier unterschiedliche Arten, mehr oder weniger kompetent mit der eigenen Bedürftigkeit umzugehen, herauskristallisierten (vier Idealtypen von Gesundheitskompetenz). Weiter konnten die erarbeiteten Komponenten zwei Dimensionen zugeordnet werden. Eine erste Dimension beschreibt die eigentliche Kompetenz (**Kompetenzdimension**), während die zweite Dimension, die **Dimension der Verhaltenstrategien**, Komponenten enthält, die

für die Erklärung eines mehr oder weniger kompetenten Umgangs mit der eigenen Bedürftigkeit herangezogen werden können.⁸⁷

Die vier erarbeiteten Idealtypen werden in den folgenden Abschnitten beschrieben. In Kapitel D-15.2.2 werden die einzelnen Komponenten, welche die vier Typen charakterisieren, detailliert vorgestellt. In Kapitel D-16, welches zusammenfassend auf die detaillierte Beschreibung der Komponenten folgt, wird ein Gesamtmodell für Gesundheitskompetenz in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Gewicht vorgestellt, in dem auch nochmals spezifisch auf die Verbindung zwischen Kompetenzdimension und Dimension der Verhaltensstrategien eingegangen wird.

15.2.1 Kurzbeschreibung der vier Typen

Typ (1) Typ 1⁸⁸ ist der ideal gesundheitskompetente Typ. Er besitzt ein großes, wissenschaftlich fundiertes Wissen zu den Themen Ernährung, Bewegung und Gewicht und ist stets daran interessiert, dieses Wissen auf dem neusten Stand zu halten. Gesundheitsinformationen, die an ihn herangetragen werden oder die er sich selber sucht, kann er durch sein großes Wissen richtig einschätzen und für sich selber als handlungsrelevant beiziehen oder nicht. Er zeichnet sich dadurch aus, dass er im Alltag kompetent mit der eigenen Bedürftigkeit umgeht und diese Kompetenz drückt sich in einem gesunden Verhalten (Ernährung, Bewegung) aus. Sein großes Beurteilungsvermögen wendet er nicht nur bei Gesundheitsinformationen an, sondern verarbeitet auch andere soziale Einflüsse bedacht. Für Typ 1 bedeutet Gesundheit das Leben und er tut alles ihm mögliche, um Risiken, die seine Gesundheit beeinträchtigen könnten und in Zusammenhang mit Ernährung oder Bewegung stehen, zu minimieren. Er setzt z.B. sein Wissen über gesunde

⁸⁷ Es ist an dieser Stelle darauf aufmerksam zu machen, dass die vorliegende Studie zum Ziel hatte, Komponenten von Gesundheitskompetenz und Komponenten für deren Erklärung zu beschreiben. Aufgrund der Resultate können diese Komponenten beschrieben und einzelnen Dimensionen zugeordnet werden. Es ist jedoch zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht möglich, klare kausale Zusammenhänge zwischen einzelnen Komponenten herzustellen.

⁸⁸ Es wird im Folgenden der Einfachheit halber immer die männliche Form zur Beschreibung der vier Idealtypen benutzt.

Ernährung im Alltag konsequent um. Typ 1 kann auch genießen, aber Genuss steht bei ihm in einem direkten Zusammenhang mit Gesundheit. Er schreibt die Verantwortung für seine Gesundheit sich selber zu und hat den Willen, sich Tag für Tag seiner Gesundheit fördernd zu verhalten. Typ 1 ist heute zwischen 25 und 40 Jahre alt und gehört einer Generation an, welche die rasante Entwicklung des Gesundheitsmarktes der letzten Jahre hautnah miterlebt hat und aktiv mit dieser Entwicklung mitgeht.

- Typ (2) Typ 2 besitzt ein mäßiges, wissenschaftlich fundiertes Wissen über Ernährung und Gewicht. Manches weiß er einfach aus Erfahrung. Er ist nicht übermäßig an Ernährung, Bewegung und Gewicht interessiert und sucht deshalb auch nicht nach Informationen zu diesen Themen. Wenn etwas an ihn herangetragen wird, dann beurteilt er diese Information, sofern das nötige Wissen vorhanden ist. Meistens schätzt er diese aber als nicht persönlich relevant ein. Er besitzt nicht alle nötigen Fähigkeiten und auch nicht das Interesse, um im Alltag konsistent die Entscheidungen zu treffen, die für seine Gesundheit förderlich wären, kann dementsprechend mit seiner Bedürftigkeit nicht immer kompetent umgehen. Er hat immer Ausreden, wieso er sich nicht gesundheitsfördernd verhalten kann. Entweder fehlen ihm die Mittel (Zeit, Geld, etc.) oder er kann seinen Willen zur Gesundheit einfach nicht in die Tat umsetzen. Typ 2 wird tendenziell von sozialen Einflüssen getrieben und in der Öffentlichkeit geht er oft mit sozialen Strömungen mit. Die Gesundheit bedeutet ihm nicht viel, sie ist eher ein Objekt, mit dem man mehr oder weniger sorgfältig umgehen kann. Aus diesem Grund ignoriert Typ 2 auch meistens gesundheitliche Risiken, die in einem Zusammenhang mit Ernährung oder Bewegung stehen. Genuss steht bei ihm über der Gesundheit, denn er findet auch, dass nicht nur er für seine Gesundheit verantwortlich ist. Typ 2 ist zwischen 40 und 70 Jahre alt und gehört einer Generation an, die sich an einen gewissen Lebensstil gewöhnt hat und weniger empfänglich ist für Neues, was diesen gewohnten Lebensstil beeinflussen würde.
- Typ 3 ist der in der Tradition verankerte Typ. Er besitzt ein großes

- Typ (3) Alltagswissen zu Ernährung, Bewegung und Gewicht, das jedoch nicht durch wissenschaftliche Evidenzen begründet ist. Er hat tendenziell kein Interesse an Ernährung, Bewegung und Gewicht und sucht sich deshalb auch nie Informationen zum Thema. Es kann sein, dass er zufällig mit Informationen (z.B. beim Einkauf von Lebensmitteln) in Kontakt kommt, die er dann aufgrund seines mangelnden Beurteilungsvermögens nicht einschätzen kann. Neue Informationen werden somit in seinem Alltag nicht handlungsrelevant. Da Typ 3 kein Beurteilungsvermögen besitzt, fühlt er sich sozialen Einflüssen wehrlos ausgeliefert und versucht deshalb, diese kategorisch abzuweisen. Sein mangelndes Wissen⁸⁹ lassen ihn auch Risiken, die im Zusammenhang mit ungesunder Ernährung und mangelnder Bewegung stehen, nicht wahrnehmen. Er vernachlässigt es, sich um diese Risiken zu kümmern, denn Gesundheit ist seiner Meinung nach sowieso etwas, das man selbstverständlich besitzt. Seine Ignoranz bezüglich des Themas Gesundheit drückt sich auch in seinem Bezug zum Genuss aus. Für ihn ist Genuss normal, er ist ein Gewohnheitsmensch. Typ 3 ist tendenziell über 70 Jahre alt und gehört einer Generation an, die auf ihre alt eingesessenen Gewohnheiten fixiert ist.
- Typ (4) Typ 4 kann als überhaupt nicht gesundheitskompetent bezeichnet werden. Er hat weder ein Interesse an Ernährung, Bewegung oder Gewicht noch Wissen zu diesen Themen. Durch sein mangelndes Interesse und mangelndes Wissen besitzt er folglich kein Beurteilungsvermögen, was er aber auch nicht weiter braucht, denn Gesundheitsinformationen zu den Themen Ernährung, Bewegung und Gewicht tangieren ihn nicht. Typ 4 ist durch seine Emotionalität sozialen Einflüssen wehrlos ausgeliefert und von ihnen getrieben. Da Gesundheit und die Themen Ernährung, Bewegung und Gewicht für Typ 4 keine Bedeutung haben und er kein Wissen zu diesen Themen besitzt, ist er sich auch Risiken, die normalerweise mit schlechter Ernährung und mangelnder Bewegung in Verbindung gebracht werden, nicht bewusst. Ernährung und Bewegung sind für Typ 4 so irrelevant, dass er nicht

⁸⁹ Typ 3 fehlt wissenschaftlich fundiertes Wissen total.

einmal Genuss für sich definieren kann. Typ 4 ist zwischen 18 und 25 Jahre alt und gehört einer Generation an, die sich nicht um ihre Gesundheit kümmern will.

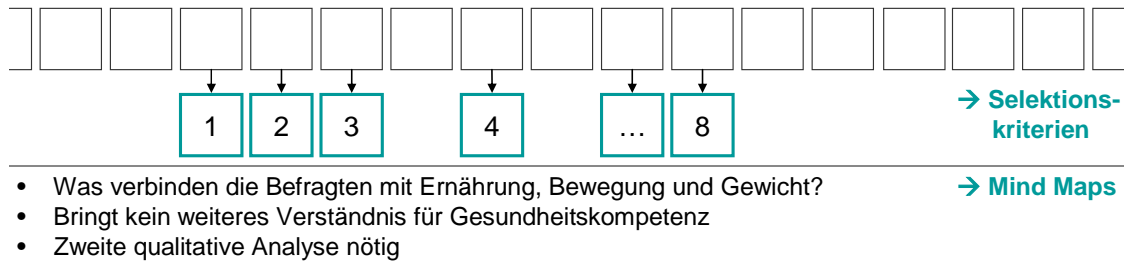
Zur Erarbeitung der soeben vorgestellten Idealtypen wurden folgende Schritte im Forschungsprozess durchlaufen⁹⁰:

- (1) Die in Kapitel D-15.1 erarbeiteten Personenprofile dienten auch als Ausgangspunkt für den zweiten qualitativen Analyseteil. Wie beschrieben wurde für eine Auswahl von 8 Studienteilnehmern ein Kurzprofil erstellt⁹¹ (diese Profile dienten auch als Basis für das oben vorgestellte Kategoriensystem, siehe Kapitel D-15.1). Es wurde nach Abschluss der Erarbeitung der Mind Maps von der Autorin nochmals versucht, die 8 Personenprofile so anzuordnen, dass man eine Einstufung in mehr oder weniger gesundheitskompetente Befragte hätte ausfindig machen können. Dies war aber nicht möglich. Es zeigte sich, dass keine/keiner der Befragten entweder total gesundheitskompetent oder total nicht gesundheitskompetent war. Es zeigte sich vielmehr, dass die 8 Befragten unterschiedlich mit den Themen Ernährung, Bewegung und Gewicht umgehen und dass alle der 8 Befragten Elemente von mehr oder weniger Kompetenz aufwiesen.

90 Die Beschreibung des Analyseprozesses wird im Folgenden mit Abbildungen unterstützt werden. Der Leser sei jedoch darauf aufmerksam gemacht, dass es der Prozess nicht immer so chronologisch verlief, wie die Darstellungen glauben machen könnten, sondern dass an manchen Stellen mehrere Analyseschlaufen nötig waren.

91 Die acht Beschreibungen finden sich im Anhang zu diesem Dokument.

Abbildung 31: 1. Schritt qualitative Analyse

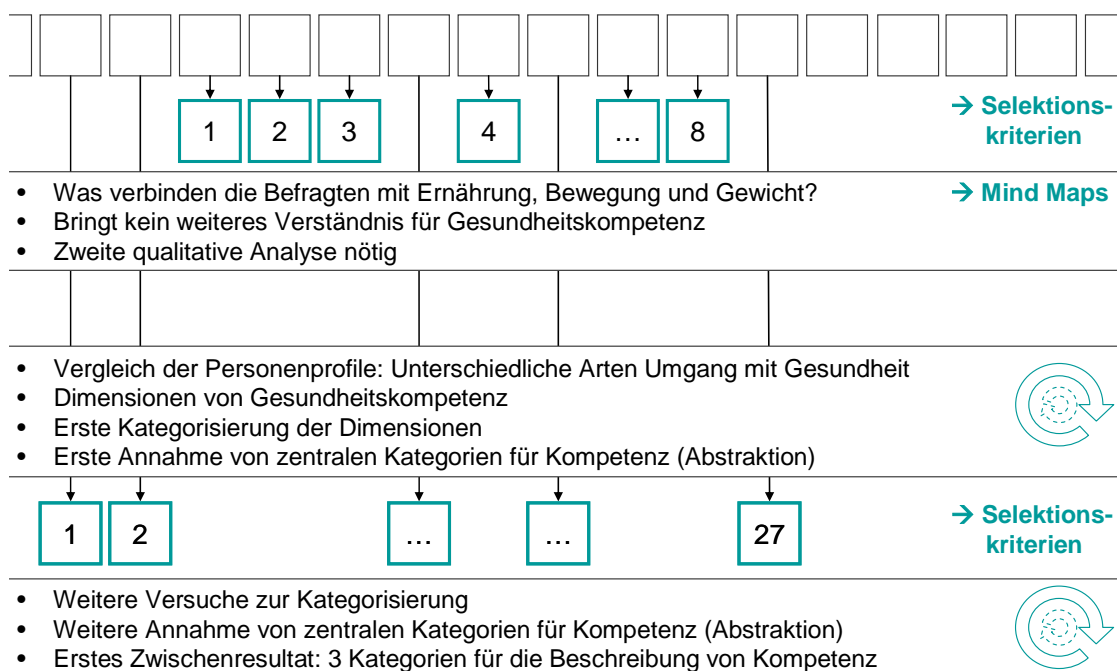


- (2) Aufgrund der Erkenntnis, dass Kompetenz in unterschiedlichen Dimensionen bei den Befragten (erste 8 Kurzprofile) vorhanden sein könnte, wurden erste Dimensionen für Kompetenz aus den Kurzprofilen herausgearbeitet. Diese ersten Dimensionen wurden Schritt für Schritt übergeordneten Kategorien zugeteilt. Der Prozess verlief in mehreren Runden und war geleitet von der theoretischen Annahme, dass Gesundheitskompetenz die Fähigkeit ist, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken (Kickbusch und Maag, 2005). Weiter war der Prozess von den Resultaten der theoretischen Aufarbeitung von Gesundheitskompetenz geleitet. Diese Aufarbeitung hatte in Kapitel C-12 gezeigt, dass vor allem die Komponenten Literacy (Lese- (und Schreib)fähigkeit), Wissen, Einstellungen und die Kommunikations- sowie Interaktionsfähigkeiten im Sinne von Gesundheitskompetenz relevant sind. Diese Komponenten haben laut bisherigen Studien einen Einfluss auf das Verständnis von Gesundheitsthemen und – Informationen, auf das Gesundheitsverhalten sowie auf die Qualität von Kommunikations- und Interaktionsprozessen zum Thema Gesundheit (oder Krankheit).
- (3) Nach mehreren Analyseschritten fanden sich im Text (8 Personenprofile) keine weiteren Dimensionen mehr, welche für die Beschreibung von Gesundheitskompetenz von Bedeutung gewesen wären. Die Autorin hat sich deshalb entschlossen, weitere Interviews genauer zu untersuchen und erstellte von

weiteren 27 Interviews vertiefte Personenprofile.⁹² Die Auswahl der 27 weiteren Interviews erfolgte nach denselben Selektionskriterien wie schon für die ersten 8 Interviews.

- (4) Diese Personenprofile wurden nach demselben System wie die ersten 8 Personenprofile analysiert, wie auch Abbildung 31 zeigt.

Abbildung 32: 2. Schritt qualitative Analyse

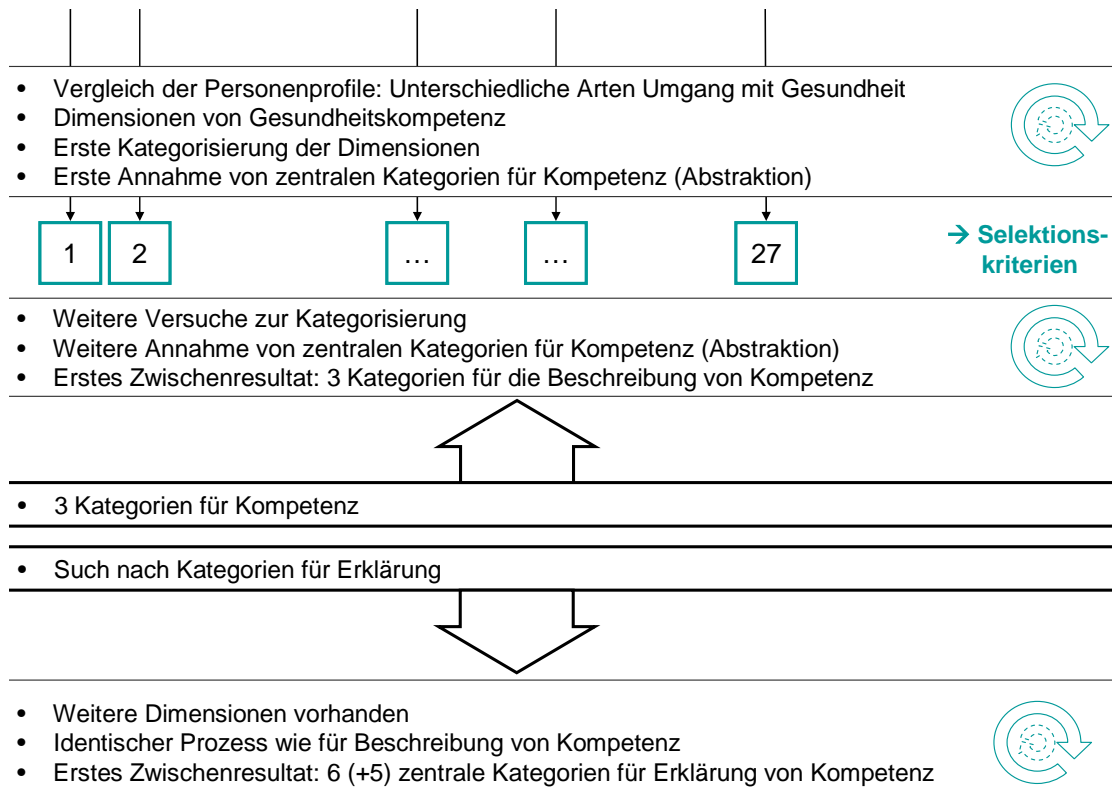


- (5) Nach wieder mehreren Analyseschritten fanden sich im Text keine weiteren Dimensionen mehr, welche für die Beschreibung von Gesundheitskompetenz von Bedeutung gewesen wären. Es fanden sich im Text jedoch noch weitere Dimensionen, welche in einem Zusammenhang mit Gesundheitskompetenz in Ernährung, Bewegung und Gewicht standen. Es waren dies die Dimensionen, die auf einer erklärenden Ebene für Gesundheitskompetenz angeordnet werden konnten. So wurde nochmals genau wie für die beschreibenden Dimensionen von

⁹² Es wurden weitere 27 Interviews ausgewählt, im am Schluss ein Drittel aller Interviews vertieft analysiert zu haben.

Kompetenz vorgegangen und ein weiterer Analyseschritt eingeleitet, welcher als Resultat 11 mögliche Kategorien für die Erklärung von Gesundheitskompetenz aufwies.

Abbildung 33: 3. Schritt qualitative Analyse



- (6) Das Resultat des gesamten Analyseprozesses waren demnach 3 zentrale Kategorien, welche für die Beschreibung von Kompetenz beigezogen werden konnten und 11 zentrale Kategorien, welche für die Erklärung von Kompetenz beigezogen werden konnten.
- (7) Die Autorin ordnete die Kategorien zur Beschreibung von Kompetenz der Kompetenzdimension und die Kategorien für die Erklärung von Kompetenz der Dimension der Verhaltensstrategie zu. Weiter konnten die Dimensionen der 3 Kompetenzkategorien sowie die Dimensionen von 6 Kategorien für die Erklärung von Kompetenz jeweils 4 unterschiedlichen Ausprägungen zugeordnet werden.

Diese Ausführungen sind in Abbildung 33 graphisch dargestellt.⁹³

Abbildung 34: Kategorien für Kompetenz und Erklärung von Kompetenz

3 zentrale Kategorien für die Beschreibung von Kompetenz					
Kompetenz-Dimension	<ul style="list-style-type: none">• Wissen• Interesse• Beurteilungsvermögen	<div></div>	<div></div>	<div></div>	
		<div></div>	<div></div>	<div></div>	
		<div></div>	<div></div>	<div></div>	
		<div></div>	<div></div>	<div></div>	
6 zentrale Kategorien für die Erklärung von Kompetenz		1	2	3	4
Dimension der Verhaltensstrategie	<ul style="list-style-type: none">• Generation• Lebenszyklus• Soziale Einflüsse• Wahrnehmung von Risiken• Genuss• Bedeutung der Gesundheit	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>
		<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>
		<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>
		<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>
		<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>
		<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>
		<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>
	<ul style="list-style-type: none">• Verantwortung / Wille / Wahrnehmung von Ressourcen / Tradition / Emotionalität				

- (8) Durch die Erarbeitung der zwei Dimensionen von Gesundheitskompetenz sowie der Anordnung der Kategorien und den jeweiligen Ausprägungen zeigte sich, dass Gesundheitskompetenz nicht etwas sein kann, dass eine Person entweder besitzt oder nicht besitzt. Gesundheitskompetenz scheint demnach auch nicht etwas zu sein, das man auf einem Kontinuum von 0 – 100 % Kompetenz anordnen kann. Es scheint vielmehr, dass es unterschiedliche Arten gibt, auf welche unterschiedliche Personen mit der Gesundheit (hier mit Ernährung, Bewegung und Gewicht) umgehen, und dass diese Arten mehr oder weniger kompetent sind. Aus der obigen Analyse geht durch einen Abstraktionsprozess aus den Daten hervor, dass sich 4 unterschiedliche Arten von mehr oder weniger Kompetenz beschreiben und

⁹³ Für 5 der 11 Kategorien für die Erklärung von Kompetenz wurden nicht jeweils 4 Ausprägungen gefunden, sondern maximal 2. Diese Kategorien werden im Folgenden noch angeordnet werden.

erklären lassen. Die Autorin nennt diese vier unterschiedlichen Arten *4 Idealtypen von Gesundheitskompetenz*.

- (9) Ein weiterer Schritt in der Analyse war die detaillierte *Beschreibung* der vier Idealtypen (siehe Kapitel D-15.2). Diese Beschreibung ist eine Kurzbeschreibung in synthetischer Form der vier mit der soeben beschriebenen Analyse erarbeiteten Idealtypen. Eine detaillierte Beschreibung der Kategorien wird in Kapitel D-15.2.1 vorgenommen. Die Kategorien werden im Folgenden *Komponenten* von Gesundheitskompetenz genannt, denn die Komponenten und deren Ausprägungen stellen aufgrund der qualitativen Analyse lediglich *mögliche* Kategorien von Gesundheitskompetenz dar.

Im Folgenden werden die einzelnen Komponenten, die aufgrund der Resultate der qualitativen Analyse zur *Beschreibung* und *Erklärung* von Gesundheitskompetenz beigezogen werden können, noch einmal einzeln aufgelistet und erklärt.

15.2.2 Detailbeschreibung der Idealtypen: Komponenten

Wie bereits angetönt können die einzelnen Komponenten zwei Dimensionen zugeordnet werden:

- (1) Kompetenzdimension
- (2) Dimension der Verhaltensstrategien

Die **Kompetenzdimension** beschreibt sich durch das Vorhandensein von vier zentralen Komponenten in unterschiedlichen Ausprägungen: Wissen, Interesse, Beurteilungsvermögen und Verhalten (konkretes Verhalten, Umsetzung von Verhaltensvorschlägen und „-Regeln“). Kombinationen von verschiedenen Ausprägungen dieser vier Komponenten lassen die Definition von vier idealtypischen Kompetenzdimensionen zu. Die Kompetenzdimension zeichnet sich somit durch Komponenten aus, die in unterschiedlichen Ausprägungen einen mehr oder weniger gelungenen Umgang mit der eigenen Bedürftigkeit *beschreiben*.

Die vier Idealtypen unterscheiden sich jedoch nicht nur in der Kompetenzdimension sondern auch in der **Dimension der Verhaltensstrategien** und zeigen deutliche Unterschiede in zentralen Aspekten der Gesundheitskompetenz für Ernährung, Bewegung und Gewicht. Die Dimension der Verhaltensstrategien enthält Komponenten, die zur *Erklärung* der erarbeiteten Idealtypen herangezogen werden können.⁹⁴

15.2.2.1 Komponenten der Kompetenzdimension

Dieses Kapitel beschreibt die zentralen Komponenten der Kompetenzdimension (Wissen, Interesse, Beurteilungsvermögen und Verhalten). Einige Anmerkungen sind der generellen Beschreibung der Komponenten der Kompetenzdimension jedoch vorwegzunehmen:

- (1) Die Wissenskomponente charakterisiert sich durch zwei unterschiedliche Ausprägungen, wobei die erste Ausprägung als **wissenschaftlich abgesichertes Wissen**, die zweite Ausprägung als **Alltagswissen** beschrieben werden kann.⁹⁵
- (2) Die Komponenten Interesse und Beurteilungsvermögen werden unter der Makrokomponente **Informationsverhalten** zusammengefasst.⁹⁶
- (3) Die Komponente **Verhalten** wird in die Kompetenzdimension aufgenommen, auch wenn in ihr eigentlich der *Ausdruck* einer Kompetenz gesehen wird. Unterschiedliche Idealtypen zeichnen sich dadurch aus, dass sie mehr oder weniger kompetent mit der eigenen Bedürftigkeit umgehen, dass sie sich also mehr oder weniger kompetent verhalten (im Alltag mehr oder weniger – ihren Bedürfnissen

94 Es wird im Folgenden detailliert auf die beiden Dimensionen von Gesundheitskompetenz eingegangen werden und in Kapitel E beschrieben, wie die beiden Dimensionen miteinander in Zusammenhang stehen.

95 Eine Beschreibung ist weiter unten im Text zu finden.

96 Gesundheitsinformation und Informationsverhalten werden als zentrale Komponenten von Gesundheitskompetenz gesehen. In der heutigen Gesellschaft wächst die Fülle an Informationen über die Gesundheitsthemen Ernährung, Bewegung und Gewicht stetig an und wir werden täglich mit neuen Informationen, aber auch Produkten und Dienstleistungen zu diesen Themen konfrontiert (siehe Kapitel A). Wie jemand mit dieser stetig wachsenden Informationsflut im Alltag umgeht, ist demnach eine zentrale Komponente von Gesundheitskompetenz.

nach – gesund ernähren oder bewegen). In diesem Sinne kann die Verhaltenskomponente als ein Ausdruck von Kompetenz gesehen werden.

In den folgenden Abschnitten werden Wissen, Interesse und Beurteilungsvermögen beschrieben werden, ⁹⁷ jeweils die Komponente selber und in vier weiteren Absätzen die Ausprägungen der Komponenten für die vier erarbeiteten Idealtypen.

(1) Wissen

Wie bereits angetönt, können an dieser Stelle zwei unterschiedliche Arten von Wissen eingeführt werden. Eine erste Art, etwas zu wissen, kann als wissenschaftlich basiertes Wissen beschrieben werden. Demgegenüber steht das Alltagswissen, das sich dadurch auszeichnet, dass es sich im Alltag und durch Überlieferung gebildet hat, sich auf Erfahrungen bezieht und nicht wissenschaftlich abgesichert ist.

Idealtyp 1: 100% wissenschaftliches Wissen

Typ 1 besitzt umfassendes, wissenschaftlich abgesichertes Wissen zu Ernährung, Bewegung und Gewicht. Er⁹⁸ kennt die Ernährungspyramide, die Bewegungspyramide und den Body Mass Index (BMI) (siehe Kapitel B-6.1) und weiß um deren Bedeutungen. Er kann beschreiben, wieso eine gesunde Ernährung nach den Richtlinien der Ernährungspyramide sinnvoll ist; idem für die Bewegung und die Bewegungspyramide. Er kann seinen BMI berechnen und weiß, wieso ein zu hoher (oder ein zu niedriger) BMI der Gesundheit schädlich ist. Konkret weiß er zum Beispiel, dass er fünf Portionen Früchte und Gemüse am Tag essen soll, wieso und wie er das konkret in die Tat umsetzen kann. *„Livelli dal basso (piramide dell'alimentazione): Acqua, frutta e verdura, carboidrati, proteine, grassi e dolci. La piramide dice quanto bisognerebbe mangiare d'ogni alimento nelle corrette proporzioni. Lei dice di seguire abbastanza i principi della piramide nella sua alimentazione d'ogni giorno.” (94)*

⁹⁷ Wie bereits erwähnt wird das Verhalten als ein Ausdruck von Kompetenz gesehen und wird in der Detailbeschreibung an dieser Stelle nicht mehr aufgenommen.

⁹⁸ Es wird im Folgenden der Einfachheit halber wiederum immer die männliche Form bei der Bezugnahme auf einen spezifischen Idealtyp verwendet.

Idealtyp 2: 50% wissenschaftliches Wissen, 50% Alltagswissen

Typ 2 besitzt wenig wissenschaftliches und wenig Alltagswissen. Gewisse Dinge weiß Typ 2 aus Fachpublikationen oder noch aus der Schule, andere wiederum sind ihm nur aus der Überlieferung oder aus Gewohnheiten bekannt. Typ 2 weiß schon, wenn auch nur teilweise, wie eine gesunde Ernährung nach wissenschaftlichen Standards (z.B. Ernährungspyramide) aussehen würde, zieht dieses Wissen aber nicht immer bei. *„Afferma che la piramide ha 7 livelli e che è presente da qualche parte a casa sua, ma che lui non la prende in considerazione; sa che alla base vi sono i prodotti di cui bisognerebbe mangiare di più” (93), “la piramide è un buon consiglio per un’alimentazione equilibrata. I livelli più bassi rappresentano le cose che fanno male (che sono le più buone) – ride.”(85)*

Idealtyp 3: 100% Alltagswissen

Typ 3 besitzt kein theoretisches, wissenschaftlich fundiertes Fachwissen. Er weiß zu den Themen Ernährung, Bewegung und Gewicht alles aus der Überlieferung oder aus Erfahrung und verhält sich dementsprechend auch nicht nach den Regeln der Ernährungs- oder Bewegungspyramide. *„Ihr Ernährungsverhalten setzt sich aus Erfahrungswerten zusammen. Die Art, wie sie heute isst, hat sich im Laufe der Zeit entwickelt. Sie weiß, was ihr und ihrem Mann gut tut“ (6), „[...]und sie wisse sowieso selber, was gut ist.“ (11)*

Idealtyp 4: 0% Wissen

Typ 4 weiß tendenziell nichts über Ernährung, Bewegung und Gewicht. Er weiß vielleicht noch ganz wenig aus der Schule, hat im besten Fall ein sehr limitiertes wissenschaftliches Wissen. Dieses Wissen wird nicht umgesetzt. *„A vue cette notion a l’école. Est incapable de nommer les séquences et de donner un ordre précis. N’y accord pas d’importance particulière.“ (54)*

(2) Informationsverhalten

Um ein angemessenes Wissen über Ernährung, Bewegung oder Gewicht zu erlangen, sollte sich jemand ständig neu zu diesen Themen informieren, sei dies beim Arzt, in der

Apotheke, in der Fachliteratur, in Gesundheitsmagazinen, in den Medien oder im Internet. Ein wichtiges Element, um einen gelungenen Umgang mit der eigenen Bedürftigkeit zu realisieren und für sich selbst die nötige Basis zur Entscheidungsfindung bezüglich Ernährung, Bewegung und Gewicht zu erarbeiten, ist demnach der Umgang mit Informationen zum Thema⁹⁹. Dieses Informationsverhalten beinhaltet zwei zentrale Komponenten *Interesse* und *Beurteilungsvermögen*.

(2a) Interesse

Interesse ist die Anteilnahme oder die Aufmerksamkeit, die jemand einer Sache oder jemand anderem entgegenbringt. Je größer diese Anteilnahme ist, desto stärker ist das Interesse. In Bezug auf die Themen Ernährung, Bewegung und Gewicht bedeutet mehr oder weniger Interesse, dass jemand diesen Themen im Alltag mehr oder weniger Aufmerksamkeit schenkt. Je aufmerksamer jemand in Bezug auf die Themen Ernährung, Bewegung und Gewicht ist, desto aufmerksamer wird er oder sie auch mit der eigenen Bedürftigkeit umgehen und sich mehr oder weniger gesund ernähren/bewegen.

Idealtyp 1: Viel Interesse

Typ 1 interessiert sich für die Themen Ernährung, Bewegung und Gewicht und nimmt aus diesem Grund Informationen zu diesen Themen positiv auf. „*Personnellement est plutôt contente car elle porte de l'intérêt pour certains sujets spécifiques.*“ (66) Typ 1 sucht, bedingt durch sein Interesse, nach Informationen und weiss, wie und wo er sich Informationen zu beschaffen hat. „*Wenn man gute Informationen haben möchte, muss man sich schon selber bemühen und sich die Informationen bewusst holen.*“ (1)

Idealtyp 2: Mäßiges Interesse

Typ 2 ist mäßig an den Themen Ernährung, Bewegung und Gewicht interessiert. Manchmal liest er zwar etwas zu diesen Themen, würde aber nie Informationen suchen. „*Obwohl sich B. nicht so für diese Dinge interessiert, merkt sie schon, dass da etwas an sie herangetragen wird.*“ (6) Typ 2 ist selektiv bezüglich dem, was er liest. Eigentlich

⁹⁹ Informationen zu den Themen Ernährung, Bewegung und Gewicht finden sich fast überall: In den traditionellen Medien, im Internet, in Gesundheitsmagazinen, in der Fachliteratur, bei Ärzten, im Fitnesscenter, in der Apotheke oder im Reformhaus (die Liste könnte noch verlängert werden).

nimmt er nur auf, was ihn anspricht. „*Pense qu’il y a bien assez d’ informations, pense que c’est bien qu’il y ait beaucoup d’informations pour les personnes qui en ont besoin, mais personnellement ça ne l’intéresse pas particulièrement, car ne se sent pas concernée.*“ (62)

Idealtyp 3: Tendenziell kein Interesse

Typ 3 verhält sich bezüglich Ernährung, Bewegung und Gewicht tendenziell abweisend und hat kein Interesse an diesen Themen. Er vertritt die Meinung, dass er sich nicht für diese „neuen Dinge“ interessieren muss, denn es funktioniert bei ihm alles schon gut und (scheinbar) ohne Probleme. „*Dice di non pensare alle informazioni che lo circondano perché non lo toccano.*“ (93)

Idealtyp 4: Kein Interesse

Typ 4 interessiert sich überhaupt nicht für die Themen Ernährung, Bewegung und Gewicht, sie sind für ihn nicht existent. Die Welt der Gesundheitsinformationen ist ihm fremd. „*Er nimmt gar nichts wahr, hat kein Interesse*“ (31), „*nein, nimmt es nicht wahr und konsultiert auch keine Medien. Es wäre ein Zufall, wenn er etwas sehen würde.*“ (32)“

(2b) Beurteilungsvermögen

Unter Beurteilungsvermögen wird an dieser Stelle die Fähigkeit verstanden, einen Sachverhalt richtig einzuschätzen und mit den sich daraus ergebenden Konsequenzen umzugehen. Im Zusammenhang mit Informationen über Ernährung, Bewegung und Gewicht heißt dies, dass jemand mit einem guten Beurteilungsvermögen Informationen, die er sucht (oder die an ihn herangetragen werden), einschätzen kann, die Information interpretiert und dann dieser Einschätzung nach entsprechend handelt oder sie als nicht relevant einstuft.

Idealtyp 1: Hohes Beurteilungsvermögen

Typ 1 besitzt durch sein großes Wissen und durch sein Interesse (siehe weiter oben) an den Themen Ernährung, Bewegung und Gewicht ein hohes Beurteilungsvermögen.

Wenn er z.B. im Supermarkt eine Produktbeschreibung für ein neues Yoghurt sieht, das ihm eine noch bessere Verdauung verspricht, so ist er fähig, diese Produktinformation richtig zu beurteilen. Er kann feststellen, ob es sich um eine wahrheitsgetreue Information handelt (entspricht die Information gängigen, wissenschaftlich abgesicherten Ernährungstheorien?) und einschätzen, ob er nun dieses Yoghurt kaufen muss, um gesund zu bleiben. Mit dem Beurteilungsprozess einher geht ein Interesse an diesem neuen Produkt. *„Si. Lei è anche una che s’informa. Guarda le riviste specializzate, ascolta programmi alla radio, guarda volantini e naviga su internet.“ (81)*

Idealtyp 2: Mittelmäßiges Beurteilungsvermögen

Typ 2 hat manchmal Schwierigkeiten, auch bedingt durch sein nur partiell vorhandenes Wissen und durch mangelndes Interesse, neue Informationen richtig zu beurteilen. Er versucht, wenn Informationen an ihn herangetragen werden, diese zu lesen, zu verstehen und diese dann auch bezüglich ihrer Qualität und Relevanz einzuschätzen, aber es fehlt oft die Grundlage für eine richtige Beurteilung der Informationen. Aus diesem Grund werden Informationen, welche Typ 2 wohl gelesen hat, für ihn nicht persönlich handlungsrelevant: *„Ritiene che ci sia molta informazione e dice di non pensare alle informazioni che lo circondano, perché non lo toccano.“ (93)*

Idealtyp 3: Schwaches Beurteilungsvermögen

Typ 3 hat bei der Beurteilung von Gesundheitsinformation mehr Schwierigkeiten als Typ 2, denn es liegt in diesem Fall auch kein großes Wissen und kein Interesse vor. Falls Typ 3 doch einmal mit Informationen konfrontiert sein würde, dann hätte er Schwierigkeiten, mit diesen umzugehen: *„Er weiß kaum noch, was richtig und was falsch ist.“ (43)*

Idealtyp 4: Kein Beurteilungsvermögen

Durch seine totale Ignoranz im Zusammenhang mit den Themen Ernährung, Bewegung und Gewicht besitzt Typ 4 auch kein Beurteilungsvermögen bezüglich dieser Themen. Typ 4 fehlt das Wissen und das Interesse, um an ihn herangetragene Information zu den

Themen Ernährung, Bewegung oder Gewicht zu beurteilen.¹⁰⁰ „*N'utilise pas personnellement des informations sur la santé, donc s'en fiche un peu.*“ (68)

15.2.2.2 Komponenten der Dimension der Verhaltensstrategie

Die Dimension der Verhaltensstrategie beschreibt, was für mögliche Komponenten die Prävalenz des einen oder des anderen Idealtypen favorisieren. Diese Komponenten werden an dieser Stelle „erklärende Faktoren“ genannt, auch wenn mit der vorliegenden qualitativen Studie noch kein direkter kausaler Zusammenhang zwischen den unten diskutierten Komponenten der Dimension der Verhaltensstrategien und den oben vorgestellten Komponenten der Kompetenzdimension sichergestellt werden kann (siehe Kapitel D-16).

Neben soziodemographischen Faktoren, die traditionell auch für die Segmentierung von Personen, z.B. verschiedene Kauftypen, im Marketing herangezogen werden (siehe z.B.: Frank et al., 1972; Wind, 1978; Beane und Ennis, 1987; Kotler, 1991), sind für die Erklärung der oben vorgestellten Idealtypen auch psychologische und wertbasierte Komponenten von Interesse. Wilkins und Navarro (Navarro und Wilkins, 2001; Wilkins und Navarro, 2001) fassen diese unter dem Sammelbegriff „Valuegraphics“ zusammen. Sie beschreiben „Valuegraphics“ als „*health behavioral traits, intentions, values, and priorities*“. Valuegraphics erklären „*[...]what a person is doing now (behavioral traits), what they intend to do in the future (behavioral intentions), and why they do it (values and priorities)*“. Anders als bei psychologischen Variablen – die immer wieder wechselnde Phänomene wie Einstellungen und Interesse messen – zeichnen sich wertbasierte Variablen durch ihre relative Stabilität aus: „*Those consistent, enduring principles that guide our lives*“ (Wilkins und Navarro, 2001).

100 Zu einer Beurteilung würde es nur kommen, wenn Typ 4 eine an ihn herangetragene Information auch wahrnähme, was aber nicht der Fall ist. Die Frage des Beurteilungsvermögens stellt sich demnach nur theoretisch.

Die folgenden Komponenten können weiter in gemeinsame Komponenten und spezifische Komponenten unterteilt werden. Gemeinsame Komponenten werden in unterschiedlichen Ausprägungen für die Erklärung *aller* Idealtypen beigezogen, derweil spezifische Komponenten speziell für den einen oder anderen Typ relevant sind.

(1) Gemeinsame Komponenten: Soziodemographische Komponenten

(1a) Generation

Generation wird als ein von den familiären Verhältnissen losgelöster Begriff verwendet, der sich auf gesellschaftliche Gruppen bezieht, denen historische, kulturelle oder soziale Gemeinsamkeiten zugeordnet werden. In dieser Perspektive werden Generationen als „soziale Kategorien“ wahrgenommen. Menschen, die gleichzeitig aufwachsen, erfahren gemeinsam verschiedene Erlebnisse und haben gewisse soziale Gemeinsamkeiten. In diesem Sinne beeinflusst die Generation, welcher jemand angehört, diesen stark in seinem Verhalten und Denken, in seinen Gewohnheiten, in seinen Einstellungen und in seinem Bewusstsein. Verschiedene Generationen weisen verschiedene „Lebenskulturen“ auf und diese „Lebenskulturen“ haben auch einen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten.

Idealtyp 1: Die zweite Hälfte der jungen Generation

Die Generation von Typ 1 umfasst eine geringe Anzahl an Lebensjahren. Es sind Personen im Alter zwischen 25/30 und 40 Jahren. Diese Generation muss neben ihrer eigentlichen Entwicklung auch mit einer rasanten Entwicklung des Gesundheitsmarkts mitgehen. Sie sind in diese Entwicklung hineingeboren, kennen nichts Anderes und der Gesundheitsboom ist für sie normal.

Idealtyp 2: Die mittlere Generation

Typ 2 umfasst tendenziell Personen, die heute im Alter zwischen 40 und 65/70 Jahren alt sind. In diesem Alter kann der bisherige Lebensstil nur mit großen Schwierigkeiten aufgegeben werden und es zeigen sich erste Auswirkungen einer Vernachlässigung der Gesundheit in jungen Jahren.

Idealtyp 3: Die alte Generation

Typ 3 umfasst Menschen, die heute älter als 70 Jahre sind. Sie gehören einer Generation an, die von Kindheit an daran gewöhnt war, sparsam zu leben. Die Generation ist geprägt von den Kriegsjahren, wo nichts im Überfluss vorhanden war. Diese Personen lernten von ihren Eltern aus der Überlieferung, wie sie zu leben hatten und lernten auch einen bestimmten Umgang mit der Gesundheit. Gegessen wurde, was zu Hause war und was auf den Tisch kam (fast ausschließlich Produkte aus der Eigenproduktion). Bewegung gab es genug bei der Arbeit, da machte man sich noch keine Gedanken über mangelnde körperliche Betätigung. Diese Personen sind auf ihre Gewohnheiten fixiert und behalten ihr Verhalten über Jahre konstant.

Idealtyp 4: Die erste Hälfte der jungen Generation

Typ 4 umfasst einen kleinen Umfang an Lebensjahren. Es sind dies heute Personen bis zum 25sten Lebensjahr. Bei diesem Typ ist das Thema der Gesundheit nicht präsent, denn es funktioniert gesundheitlich alles.

(1b) Lebenszyklus

Der Lebenszyklus wird in der „Psychologie des Lebenszyklus“ bearbeitet. Es wird versucht, eine Verbindung herzustellen zwischen der Stelle, an der sich jemand in seinem Leben befindet und den Problemen, mit denen er sich in einem bestimmten Stadium seines Lebens beschäftigt. Weiter geht die Psychologie auch auf die Ressourcen ein, die jemand in einem bestimmten Lebensstadium zur Verfügung hat, um ein auftretendes Problem zu bewältigen (Piccini, 2005). Für die vorliegende Studie werden die verschiedenen Lebensstadien als Lernen, Arbeit, Wohlstand und Glaube benannt.

Idealtyp 1: Arbeit

In der Arbeitsphase steht man mitten im Leben. Typ 1 ist im Beruf tätig und geht mit den Entwicklungen der Zeit. Speziell in dieser „aufbrechenden“ Phase des Lebens und speziell heute muss man sehr bewusst leben, um diese Phase erfolgreich gestalten zu können. Typ 1 braucht gute Gesundheit und genug Energie, um diese intensive Lebensphase erfolgreich zu meistern.

Idealtyp 2: Wohlstand

Typ 2 durchläuft den Lebenszyklus des Wohlstands und lebt nach dem Gesundheitsmotto: „Jetzt habe ich so viel erreicht, jetzt will ich auch genießen und niemand muss mir etwas vormachen“. Typ 2 ist wenig empfänglich für Gesundheit, eher für Vergnügen und Genuss.

Idealtyp 3: Glaube

Bei Typ 3 hat sich vieles schon verfestigt und er vertritt das Motto: „jetzt bin ich so groß und alt geworden, jetzt ändere ich mich auch nicht mehr, denn so wie ich es bis jetzt gemacht und erfahren habe, lief alles gut und ich glaube an meine Erfahrungen“.

Idealtyp 4: Lernen

Typ 4 lehnt sich „noch“ zurück und muss sich „noch“ keine großen Gedanken darüber machen, was kommen mag.

(2) Gemeinsame Komponenten: Psychologische Komponenten

(2a) Soziale Einflüsse

Unter sozialen Einflüssen werden in der Soziologie zwei unterschiedliche aber durchaus verwandte Phänomene verstanden. Auf der einen Seite ist mit sozialen Einflüssen Gruppendruck gemeint, der das Vorhandensein von Dynamiken in einer Gruppe beschreibt, die jemanden dazu führen können, seine Einstellungen und Verhaltensweisen zu ändern und/oder anzupassen. Das Phänomen wird aber auch zur Beschreibung von generellen Einflussfaktoren, wie verschiedene Arten von Trends (Mode, Gesundheit, etc.) oder dem Vorhandensein einer größeren Menge an Personen, beigezogen. Man spricht dann generell von sozialer Beeinflussung und beschreibt den Prozess der Angleichung, welcher einem starken Systemzwang unterliegt, als Konformitätsprozess. Ein Konformitätsprozess kann auf unterschiedlichen Ebenen oder mit verschiedenen Auswirkungen ablaufen. Herbert Kelman (Kelman, 1958; Kelman, 1961) definierte verschiedene Subtypen, je nach dem wie jemand auf Konformitätsprozesse reagiert und wie eine Einstellungs- und/oder Verhaltensänderung ausfallen kann.

Idealtyp 1: Verarbeitend

Typ 1 geht mit sozialen Einflüssen verarbeitend um¹⁰¹. Er ist von diesen Einflüssen weder negativ noch positiv beeinflusst. Dynamiken, die er verspürt, gehen nicht eins zu eins in eine Einstellungs- und/oder Verhaltensänderung über, sondern er überlegt sich, was für ein Prozess stattfindet. Erst danach entscheidet er sich für eine allfällige Einstellungs- und/oder Verhaltensänderung: *„J. setzt dann etwas um, wenn sie denkt, dass das vorgeschlagene ihrem Selbst entspricht. Wenn sie eine Meinung vertritt, dann setzt sie Dinge auch um und macht dann gute Erfahrungen. Wenn etwas neu für sie ist, muss es schon sehr überzeugend sein, damit es in ihrem Alltag eine Bedeutung erhält. Wenn sich etwas bewährt, dann ist es für J. klar, dass sie das auch annimmt.“* (2)

Idealtyp 2: Befolgend

Typ 2 ist getrieben von sozialen Einflüssen und befolgt diese in der Öffentlichkeit. Typ 2 zeichnet sich dadurch aus, dass er in einem gewissen Masse der „Öffentlichkeit“ gefallen will, aber sich doch seine eigene Meinung bilden und der von außen auf ihn einwirkenden Dynamiken keine Beachtung schenken will. Er hat Ausreden, wirklich etwas umzusetzen. *„Lors de son activité professionnelle elle ne refusait jamais des invitations à manger e boire“* (56) [auch wenn sie eigentlich lieber zu Hause gesünder essen möchte].

Idealtyp 3: Abweisend

Typ 3 reagiert tendenziell abweisend auf soziale Einflüsse. Er reagiert nicht auf Dynamiken, die von außen an ihn herangetragen werden, sondern lässt sie an sich abprallen. Durch das Fehlen von generellem Beurteilungsvermögen weist er soziale Einflüsse kategorisch ab. Typ 3 ist überzeugt von sich und hat es nicht nötig, sich auch nur Gedanken über eine mögliche Einstellungs- und/oder Verhaltensänderung zu machen. *„[...] ne se préoccupe pas des problèmes d'image.“* (57)

101 Diese Eigenschaft geht mit dem grossen Beurteilungsvermögen von Typ 1 einher. Durch sein hohes Beurteilungsvermögen (nicht nur bezogen auf Gesundheitsinformation) wird Typ 1 keine negativen Einflüsse auf den Umgang mit seiner Bedürftigkeit erfahren.

Typ 4: Total getrieben

Typ 4 ist sozialen Einflüssen und Dynamiken „wehrlos“ ausgeliefert. Er ist beeinflussbar, wechselt oft seinen Standpunkt, seine Einstellungen aber vor allem Verhaltensweisen, um mit den sozialen Regeln konform zu sein. „[...] *c'est pour plaire à sa partenaire*“ (64), „[...] *bisogna capire cosa vuole l'altro.*“ (83)

(2b) Risikowahrnehmung

Es bestehen verschiedene Möglichkeiten, mit Gesundheitsrisiken umzugehen. Für die vorliegende Studie ist der Fokus auf Risiken gerichtet, die mit Ernährungs- und Bewegungsverhalten (und Gewicht) in Verbindung gebracht werden. Sind sich die Befragten gesundheitlichen Risiken bewusst und passen sie ihr Verhalten so an, dass sich diese Risiken minimieren?

Idealtyp 1: Aktives Risikomanagement

Typ 1 kennt gesundheitliche Risiken, die allgemein mit einer schlechten Ernährung und einer ungenügenden Bewegung in Verbindung gebracht werden und versucht im Alltag aktiv, diese Risiken zu minimieren. Die Minimierung der Risiken geschieht durch eine gesunde Ernährung und angemessene Bewegung (auch zur Erhaltung eines gesunden Körpergewichts). „*Sie selbst kann Ernährung, Bewegung und Stress selber beeinflussen. Dies hängt auch mit der eigenen Einstellung zum Leben zusammen, und mit der Art und Weise zu denken. Nicht beeinflussbar sind erbliche Krankheiten*“ (2), „*sie bewegt sich aus dem eigenen Bedürfnis, möglichst lange gesund zu bleiben.*“ (11)

Idealtyp 2: Risikoignoranz

Typ 2 kennt zum Teil Risiken, die mit einer ungesunden Ernährung und mangelnder Bewegung in Verbindung gebracht werden (siehe auch Wissen Typ 2), setzt diese Erkenntnis aber nicht in die Tat um. Er findet entweder, die Risikoproblematik betreffe ihn nicht, oder er hat Ausreden, wieso ein Risiko senkendes Ernährungs- und Bewegungsverhalten in seinem Fall nicht möglich ist: „*Gesünder essen und mehr bewegen, dann wäre er gesünder*“ (9), „*er nimmt sich immer wieder vor, mehr Sport zu treiben, aber er hat einfach nicht das nötige Durchhaltevermögen*“ (50), „*purtroppo*

mangia in modo irregolare. Non riesce ad avere una colazione sana e un buon pranzo (a causa del lavoro). Solo a cena cerca di mangiare bene perché di solito è a casa. Al mattino prende una tazzina di caffè con una brioche se c'è (si tratta di una brutta abitudine). A pranzo dipende dallo stress (capita il solito panino); non è adeguato [...]." (79)

Idealtyp 3: Vernachlässigung des Risikos

Bei Typ 3 ist die Kenntnis von Gesundheitsrisiken tendenziell nicht existent. Er vermeidet es unbewusst, sich mit dem Thema Gesundheitsrisiken in Zusammenhang mit Ernährung und Bewegung zu befassen. Er sagt, er wisse automatisch, was gut für ihn sei. *„È molto pigra, non ha voglia di cambiarsi, fare la doccia, ... però vorrebbe fare di più. [...] Fa anche bene se si vuole mangiare.“* (76) [Es handelt sich hier um jemanden, der seine Antwort nicht mit Gesundheit in Verbindung bringt und somit mit seinem Fehlverhalten (=mangelnde Bewegung) sich nicht bewusst ist, dass sie ihrer Gesundheit schadet].

Idealtyp 4: Risikounwissenheit

Typ 4 weiß gar nicht, dass ein Zusammenhang zwischen ungesunder Ernährung, mangelnder Bewegung und erhöhten Gesundheitsrisiken besteht. Sein Verhalten ist dementsprechend von keinen Risikoüberlegungen beeinflusst. *„Mette in bocca quello che le va di mangiare (83)“, „mangia come un porcello. Gli piace tutto, non guarda, quando ha fame butta giù“* (84), *“non si preoccupa molto della salute.”* (90)

(2c) Genuss

Gesundheit kann auf verschiedene Weise mit dem Thema Genuss in Verbindung gebracht werden. Auf eine positive Art, wenn Gesundheit schon automatisch Genuss ist, oder auf eine tendenziell negativere Art, wenn Genuss im Gegensatz zu Gesundheit steht.

Idealtyp 1: Gesundheitsgenuss

Typ 1 ist ein „Gesundheitsgenießer“, er findet in einem gesundheitsfördernden Verhalten Genuss (z.B. in der gesunden und ausgewogenen Ernährung nach der Ernährungspyramide). Er erkennt, dass Genuss kein Gegensatz zu Gesundheit sein muss, und dass es gutes Essen gibt, das gleichzeitig gesund ist. Er ist aktiv daran interessiert, seine Gesundheit durch „Genuss“ zu fördern. *„Gesundes Essen ist für sie wichtig, um sich gesund und gut zu fühlen“ (28), „frisches, gesundes Essen und schöne Zubereitung haben einen großen Stellenwert“ (48), „ritiene che mangiare correttamente sia un elemento appartenente alla propria cultura.“ (89)*

Idealtyp 2: Sinnlichkeitsgenuss

Typ 2 zelebriert den Genuss, welcher *über* der Gesundheit steht. Er hat die Haltung, dass man genießen sollte, solange man noch kann, Gesundheit hin oder her. *„Es geht beim Essen nicht nur darum, satt zu werden. Essen ist ein gesellschaftlicher Anlass“ (11), „sie isst oft, wenn sie gar keinen Hunger hat, nur aus Genuss.“ (2)*

Idealtyp 3: Normalitätsgenuss

Typ 3 ernährt sich nach Gewohnheitsregeln, und dazu gehört auch, dass der Lust (z.B. nach Süßem) nachgegeben wird. Das ist normal und der Genuss ist in den Alltag eingebunden. *„Mangia seguendo l'istinto e la sua voglia, mangia quello che si sente di mangiare, anche perché non ha la tendenza di ingrassare.“ (87)*

Idealtyp 4: Nicht wahrgenommener Genuss

Typ 4 beachtet den Genuss gar nicht erst, er kennt ihn nicht. *„Isst 2 Mal täglich, wenn er Hunger hat. Achtet nicht besonders auf gesunde oder gute Ernährung.“ (16)*

(2d) Bedeutung der Gesundheit

Unter der Bedeutung einer Sache versteht man allgemein ihren Sinn oder ihre Bedeutsamkeit (Relevanz, Wichtigkeit, Wert). Gesundheit kann dementsprechend für unterschiedliche Menschen unterschiedliche Dinge bedeuten. Für die einen ist Gesundheit im Zusammenhang mit Ernährung, Bewegung und Gewicht Inbegriff des

Lebens, ohne Gesundheit ist bei diesen Menschen Leben gar nicht erst möglich. Für die anderen ist Gesundheit (extrem gesehen) ein Gut, das nebenbei einfach existiert und keinen Wert besitzt.

Idealtyp 1: Gesundheit und Leben

Für Typ 1 besitzt Gesundheit einen ganz speziellen Wert. Gesundheit bedeutet Leben. Er verbindet mit Gesundheit Attraktivität und Vitalität. Gesundheit ist mehr als nur ein Gut, sondern ist im Leben von Typ 1 von zentraler Wichtigkeit. Das Leben dreht sich um Gesundheit. *„Sie sagt, sie bewege sich jeden Tag und tue so aktiv etwas für ihre Gesundheit. [...] Sport allgemein gibt ihr ein besseres Körperbewusstsein und er verbessert ihre Gesundheit.“* (39)

Idealtyp 2: Labelgesundheit

Typ 2 ist sich bewusst, dass er eine Gesundheit „besitzt“, sie hat aber keinen großen Wert. Er verbindet Gesundheit, im Vergleich zu Typ 1, nicht mit dem Leben direkt, sondern Gesundheit kann man managen. Typ 2 entscheidet sich manchmal gegen seine Gesundheit und sieht darin nur einen „Ausrutscher“. *„Isst gerne in Gesellschaft. Am Wochenende gerne und häufig auswärts. Hat sehr gerne Süßes und isst gerne ab und zu auch ungesund. Schaut aber im Alltag darauf, einigermaßen gesund zu kochen und zu essen.“* (20)

Idealtyp 3: Selbstverständliche Gesundheit

Bei Typ 3 ist Gesundheit einfach „selbstverständlich“. Es ist normal, dass man „gesund“ ist, und wenn man krank wird, dann ist das nicht eine Folge von gesundheitsschädigendem Verhalten. Typ 3 hat keinen Bezug zur Gesundheit. *„Kein Morgenessen, warmes Mittagessen, wenig und nur wenn sie dazu kommt Abendessen. Zwischendurch ab und zu ein Yoghurt.“* (17) [Es scheint bei dieser Befragten, die Gesundheit sei selbstverständlich, sie nennt sie nicht speziell als ein Element, auf das man acht geben sollte]

Idealtyp 4: Zweitrangigkeit der Gesundheit

Typ 4 lässt seine Gesundheit außer Acht. Er ist sich nicht bewusst, dass er ein so kostbares Gut, die eigene Gesundheit, besitzt. Dadurch, dass Typ 4 tendenziell noch keine gesundheitlichen Beeinträchtigungen erfahren hat (siehe oben), sieht er auch keinen Grund, sich mehr um die eigene Gesundheit zu kümmern. *„Primär ist wichtig, dass das Essen schmeckt. Über Mittag, bei der Arbeit ist das Essen ein sozialer Anlass, während er am Abend einfach isst, damit gegessen ist. Isst am Abend dementsprechend unausgewogen.“* (15)

(3) Spezifische Komponenten

(3a) Idealtyp 1

Verantwortungszuschreibung: Intern

Die Komponente Verantwortungszuschreibung erklärt, wieso jemand glaubt, seine Gesundheit sei von internen oder externen Faktoren bestimmt. Die Überlegung lehnt sich an das Konzept von „Health Locus of Control“ an (Wallston und Wallston, 1978; Wallston und Wallston, 1981). Eine interne Verantwortungszuschreibung besagt, dass die eigene Gesundheit durch interne Faktoren, z.B. durch selbstverantwortliches Handeln, bestimmt oder die Gesundheitskontrolle generell von Erfahrungen beeinflusst ist (siehe dazu: Rotter, 1989). Jemand mit einer internen Verantwortungszuschreibung hat dementsprechend gute Erfahrung mit seinem Handeln für die eigene Gesundheit gemacht, speziell für die Bereiche der Selbstpflege (wie z.B. Hygiene und Ernährung, aber auch Bewegung) (siehe dazu: Lau, 1982). *„Jeder muss selber wissen, was gut ist oder schlecht“* (1), *„la personne pense qu'il faut ressentir les choses/les besoins personnels et bien se connaître soi-même.“* (51)

Wille: Der umgesetzte Wille

Der Begriff Wille bezeichnet das Vorhandensein starker Wünsche oder Ziele. Typ 1 besitzt den Willen, für seine Gesundheit durch gesunde Ernährung und genügend Bewegung etwas zu tun und setzt diesen Willen auch um. Ein umgesetzter Wille ist gestützt auf ein gesteigertes Interesse für die eigene Gesundheit und eine gesunde

Lebensführung. „*Macht viele Spaziergänge, steigt sehr viele Treppen (im Haus und in den Kirchen, in welchen er Orgeln spielt). Bewegt sich, weil er weiß, wie wichtig Bewegung für die Gesundheit ist.*“ (19)

(3b) Idealtyp 2

Verantwortungszuschreibung: Extern

Typ 2 sieht seine Gesundheit von *externen* Faktoren bestimmt. Diese Fremdbestimmung kann z.B. durch andere Menschen geschehen. Externe Faktoren, die einen Einfluss auf die Gesundheit haben können, sind auch durch Glück oder Zufall bestimmt. Typ 2 unternimmt dieser Überzeugung nach nichts für die eigene Gesundheit. „*Non basta una sola alimentazione sana per prevenire le malattie*“ (88), [Generelle Einschätzung des Befragten, dessen Antworten nicht in die Richtung der Übernahme von Verantwortung für die eigene Gesundheit gehen].

Wille: Der nicht umgesetzte Wille

Typ 2 weiß eigentlich, dass er für seine Gesundheit etwas tun sollte und möchte das auch. Doch auf den Willen folgen keine Taten. Es wird angenommen, dass diese Eigenschaft von Typ 2 in einem Zusammenhang mit einer weiteren Komponente, der Wahrnehmung von Ressourcen steht (siehe unten). „*Sa come dovrebbe nutrirsi, ma ...*“ (96), „*sie sagt, sie bewege sich weniger, als dass sie sollte und eigentlich auch wolle, was aber eigentlich eher psychische Probleme im Hintergrund hat als Wille.*“ (36)

Falsche Wahrnehmung von Ressourcen

Typ 2 schätzt materielle, infrastrukturelle und psychologische Ressourcen als ungenügend vorhanden ein, um sich gesund verhalten zu können. Es fehlt ihm bei den materiellen Ressourcen an Zeit „*wegen Zeitmangel kann sie das Essen nur am Wochenende richtig kultivieren.*“ (34), Geld und Information. „*Isst ziemlich abwechslungsreich, das ist aber meistens sehr schwierig, weil ihm oft Zeit und Geld fehlen. Es muss einfach schnell gehen und das Essen muss günstig sein.*“ (10) Es fehlt ihm an Infrastrukturen, Gelegenheiten und an Begeisterung, um sich z.B. für eine sportliche Betätigung entscheiden zu können.

(3c) Idealtyp 3

Stark gewohnheitsgebunden

Typ 3 charakterisiert sich durch klar definierte Abläufe im Gesundheitsverhalten. Gewohnheiten bestimmen Ernährungs- und Bewegungsverhalten. Er hält so an diesen fest, dass eine Änderung des Gesundheitsverhaltens (auch wenn nötig) schwierig bis unmöglich ist. *„Sie isst immer mit ihrem Mann zusammen ganz regelmässig drei Mal am Tag. Sie achtet auf eine gesunde Ernährung. Sie zieht es vor, zu Hause zu essen, freut sich aber zwischendurch schon auf ein Fest. Sie ist von klein auf gewöhnt an Salat.“* (29)

(3d) Idealtyp 4

Ausgeprägte Emotionalität

Typ 4 ist emotional und labil. Er geht mit Strömungen mit (siehe auch soziale Einflüsse), weil er nach Gefühl und nicht rational (mangelndes bis kein Wissen) handelt. *„Ha dei periodi molto regolati e dei periodi (di stress), in cui lei mangia schifezze (cioccolato, dolci). Non è molto lineare, dipende molto dall'emotività.“* (81)

16 Zusammenfassung Kapitel D¹⁰²

In der aktuellen Forschungsdiskussion (siehe auch die in Kapitel C angestellten Überlegungen) zeichnet sich eine *ideal gesundheitskompetente* Person dadurch aus, dass sie ein bestimmtes Kompetenzniveau besitzt, das höher ist als das einer nicht ideal gesundheitskompetenten Person. Die Kompetenzniveaus, die zu dieser Einschätzung herangezogen werden, sind stark an der traditionellen *Literacy* Forschung orientiert (siehe Kapitel C), was zur Folge hat, dass sich eine gesundheitskompetente Person bis heute vor allem durch ihre Lese- (und Schreib)fähigkeit oder ihre funktionalen Kompetenzen im medizinischen Kontext auszeichnet.

Die Resultate der im Rahmen dieser Dissertation durchgeführten Studie unterstützen jedoch die Annahme (siehe auch Kickbusch und Maag, 2005; Kickbusch et al., 2005), dass noch weitere Komponenten als nur Lese- (und Schreib)fähigkeit oder funktionale Kompetenz zur Beschreibung von Health Literacy herangezogen werden sollten. Gesundheitskompetenz scheint – speziell für die in dieser Studie untersuchten Gesundheitsbereiche Ernährung, Bewegung und Gewicht – ein komplexes Konzept zu sein, das auf unterschiedlichen Ebenen beschrieben und erklärt werden kann (siehe dazu mehr in Kapitel E).

Diese Komplexität und Facettenreichhaltigkeit von Gesundheitskompetenz wird unter anderem durch die Mind Maps verdeutlicht, welche darstellen, was die Befragten im Rahmen der vorliegenden Studie mit den Themen Ernährung, Bewegung und Gewicht, aber auch mit den damit verwandten Themen wie Marktorientierung oder Informationsverhalten, in Verbindung bringen (siehe Kapitel D-15.1). Ernährung, Bewegung, Gewicht, Marktorientierung und Informationsverhalten sind bei den Befragten Themen, zu welchen sie etwas zu sagen haben: Ernährung wird generell mit Gesundheit in Verbindung gebracht und demzufolge wird auch das Einkaufsverhalten eher gesundheitsorientiert geplant. Bewegung wird, im Gegensatz zu Ernährung, nicht

102 Diese Zusammenfassung ist relativ kurz gehalten und beinhaltet keine ausführliche Diskussion der Resultate, diese ist in Kapitel E zu finden.

sofort mit Gesundheit in Verbindung gebracht und es entsteht der Eindruck, dass Bewegung nicht das Thema ist, über das die Befragten unmittelbar am meisten zu erzählen wissen. Grundsätzlich sind jedoch alle Antworten bei fast allen Befragten von einem gewissen *Gesundheitsgrundsatz* geleitet. Aus der Analyse zur Kategorisierung ging weiter hervor, dass die Ästhetik von den Befragten tendenziell mehr über die Bewegung angesprochen wird und nicht über die Ernährung. Auf der anderen Seite wird die Ernährung häufiger über das Gewicht (verbunden mit Ästhetik) zum Thema. Bei der Konzeption von Gesundheitskompetenz in Ernährung, Bewegung und Gewicht sollte dieser eben beschriebenen Facettenreichhaltigkeit Beachtung geschenkt werden.

Es kristallisierte sich während der Datenanalyse weiter heraus, dass unterschiedliche Befragte einen *unterschiedlich kompetenten Umgang mit der eigenen Bedürftigkeit* aufweisen und sich im Alltag folglich mehr oder weniger gesund verhalten. Diese unterschiedlichen Möglichkeiten, kompetent mit der eigenen Bedürftigkeit umzugehen, führten zur Definition von vier unterschiedlichen „Kompetenztypen“ (siehe Kapitel D-15.2.1). Die unterschiedlichen Komponenten, die aufgrund der Resultate für die *Beschreibung* und *Erklärung* dieser Typen herangezogen werden sollten, verdeutlichen die oben angedeutete Facettenreichhaltigkeit von Gesundheitskompetenz in Ernährung, Bewegung und Gewicht ebenfalls.¹⁰³

Diese unterschiedlichen Komponenten (Beschreibung und Erklärung der Idealtypen) sind wie oben beschrieben (siehe Kapitel D-15.2.2) zwei unterschiedlichen Dimensionen zuzuordnen, welche im Folgenden nochmals graphisch dargestellt werden.

103 Es ist an dieser Stelle anzumerken, dass die vier Typen Ideale sind und in der Wirklichkeit nicht oder nur selten anzutreffen sein werden. Sie sind im Forschungsprozess durch ein Loslösen von den Daten entstanden und widerspiegeln Extrempositionen bezüglich Gesundheitskompetenz in Ernährung, Bewegung und Gewicht.

Abbildung 35: Kompetenzdimension

	Typ 1	Typ 2	Typ 3	Typ 4
Wissen	100% wissenschaftlich	50% wissenschaftlich 50% Alltagswissen	100% Alltagswissen	0% Wissen
Interesse	Viel Interesse	Mäßiges Interesse	Tendenziell kein Interesse	Kein Interesse
Beurteilungsvermögen	Hohes Beurteilungsvermögen	Mittelmäßiges Beurteilungsvermögen	Schwaches Beurteilungsvermögen	Kein Beurteilungsvermögen
Verhalten	Gesundes Verhalten	Inkonsistentes Verhalten	Ungesundes bis gesundes Verhalten	Ungesundes Verhalten

Abbildung 36: Dimension der Verhaltensstrategie

	Typ 1	Typ 2	Typ 3	Typ 4
Generation	2. Hälfte junge Generation	Mittlere Generation	Alte Generation	1. Hälfte junge Generation
Lebenszyklus	Arbeit	Wohlstand	Glaube	Lernen
Soziale Einflüsse	Verarbeitend	Befolgend	Abweisend	Total getrieben
Risikowahrnehmung	Aktives Risikomanagement	Risikoignoranz	Vernachlässigung Risiko	Risikounwissenheit
Genuss	Gesundheitsgenuss	Sinnlichkeitsgenuss	Normalitätsgenuss	Nicht wahrgenommener Genuss
Bedeutung Gesundheit	Gesundheit und Leben	Labelgesundheit	Selbstverständliche Gesundheit	Zweitrangigkeit der Gesundheit
Verantwortung	Interne Verantwortungszuschreibung	Externe Verantwortungszuschreibung		
Wille	Umgesetzter Wille	Nicht umgesetzter Wille		
Wahrnehmung Ressourcen		Falsche Wahrnehmung von Ressourcen		
Gewohnheiten			Stark gewohnheitsgebunden	
Emotionalität				Ausgeprägte Emotionalität

Es wird angenommen, dass die beiden *Dimensionen* in einem Ursachen-Wirkungs Verhältnis stehen. Dieser Annahme folgend steht die Dimension der Verhaltensstrategie erklärend für die Kompetenzdimension. Dies würde heißen, dass jemand, der z.B. der Gesundheit eine zentrale Bedeutung in seinem Leben einräumt, eher Typ 1 als einem anderen Typ zugeordnet werden kann (siehe Abbildung 28). Was aufgrund der Resultate

der vorliegenden Analyse noch nicht gesagt werden kann, ist, wie die verschiedenen Komponenten der beiden Dimensionen einzeln in Verbindung gebracht werden können.¹⁰⁴

Im nächsten Kapitel E, das die Resultate der vorliegenden Studie nochmals aufnimmt, werden unter anderem die beiden erarbeiteten Modelle zur Veranschaulichung der Komponenten zur *Beschreibung* und *Erklärung* von Gesundheitskompetenz nochmals vertieft diskutiert (siehe Abbildung 34 und Abbildung 35). Des Weiteren wird abschließend auf die in der Einleitung formulierten Forschungsfragen eingegangen und versucht, aufgrund der Resultate der Studie sowie aufgrund theoretischer Überlegungen zu Gesundheitskompetenz (siehe Health Literacy Definition von Kickbusch und Maag, 2005; Kickbusch et al., 2005) auf die Forschungsfragen zu antworten.

104 Im Interpretationsteil (siehe Kapitel E) wird die Frage nach dem Verhältnis zwischen der Kompetenzdimension und der Dimension der Verhaltensstrategie nochmals aufgenommen und vertieft diskutiert.

E – Interpretation

Das Interpretationskapitel nimmt die Resultate der im Rahmen dieser Dissertation durchgeführten empirischen Studie zum Thema Gesundheitskompetenz in Ernährung, Bewegung und Gewicht nochmals auf und beleuchtet sie aus mehreren Gesichtspunkten neu. In einem ersten Schritt wird auf die in der Einleitung definierten Forschungsfragen eingegangen und diskutiert, inwieweit diese mit den aus der Studie gewonnenen Daten beantwortet werden können und wo allenfalls eine ausführlichere Diskussion spezifischer Thematiken nötig ist. In einem zweiten Schritt wird analysiert, inwieweit die Resultate zu einem besseren Verständnis von Gesundheitskompetenz beitragen. Ein dritter Teil geht auf die Frage ein, inwiefern die Erkenntnisse der Studie eine praktische Relevanz in der Gesundheitsförderung in Bezug auf die in Kapitel B angeführten Problematiken im Zusammenhang mit Ernährung, Bewegung und Gewicht in der Schweiz haben. Aus den verschiedenen Unterkapiteln soll jeweils hervorgehen, welche weiteren Fragen sich aus der Diskussion ergeben und ob Grenzen in der vorliegenden Forschung bestehen, die in nachfolgenden Untersuchungen angegangen werden sollten.

17 Health Literacy in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Gewicht

Die im Rahmen der vorliegenden Dissertation durchgeführte empirische Studie hatte zum Ziel, auf drei Forschungsfragen zu antworten. Zum einen war dies die Frage nach spezifischen *Komponenten* von Gesundheitskompetenz in Ernährung, Bewegung und Gewicht, zum anderen waren es die Fragen nach der *Beschreibung* einer gesundheitskompetenten Person sowie die Frage nach möglichen Faktoren, welche Gesundheitskompetenz *erklären* könnten.

Die dieser Studie zugrunde liegende Definition von Gesundheitskompetenz geht davon aus, dass Gesundheit sich im täglichen Leben abspielt „*where people live, love, work and play*“ (WHO, 1986). Gesundheitskompetenz ist demnach: „*die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken – zu Hause, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem und in der Gesellschaft ganz allgemein. Gesundheitskompetenz stärkt eine Person in der Selbstbestimmung und in ihrer Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit zu Gesundheitsfragen und verbessert die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu*

verstehen und somit Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen“. Weiter umfasst Gesundheitskompetenz fünf entscheidende Kompetenzbereiche: (1) *Kompetenzbereich individuelle Gesundheit*, (2) *Kompetenzbereich Systemorientierung*, (3) *Kompetenzbereich Konsumverhalten*, (4) *Kompetenzbereich Gesundheitspolitik*, (5) *Kompetenzbereich Arbeitswelt*.

Aus den im Rahmen dieser Studie durchgeführten halbstrukturierten Interviews geht hervor, dass die Befragten, wenn sie zu bestimmten Elementen von Gesundheitskompetenz in Ernährung, Bewegung und Gewicht befragt werden, diese Elemente unterschiedlichen Domänen des täglichen Lebens zuordnen.¹⁰⁵ Die Befragten sprachen zum Beispiel von der *Ernährung zu Hause mit Freunden* oder über die Thematik *Übergewicht und wie sie beim Arzt deswegen in Behandlung seien*. Gesundheitskompetenz in Ernährung, Bewegung und Gewicht kommt in diesem Sinne in spezifischen Domänen des täglichen Lebens zum Tragen:

(1) Die Domäne *Gesundheitssystem* wird für die Bereiche Ernährung, Bewegung und Gewicht von den Befragten als eine Informationsquelle genannt, wo man sich z.B. bei der Ernährungsberatung oder beim Fitnesstrainer zu einem speziellen Thema informiert oder sich unverbindlich beraten lässt. Die zentrale Figur des Gesundheitssystems ist der Arzt. Er gilt unter den Befragten als eine verlässliche, vertrauenswürdige Informationsquelle (siehe Kapitel D-14.2). Das Gesundheitssystem kommt laut den Befragten dann zum Zuge, wenn Probleme mit Ernährung, Bewegung oder Gewicht entstehen und besondere Hilfe nötig erscheint.

(2) Neben dem Gesundheitssystem spielt sich im *Markt* bezüglich Gesundheitskompetenz im Bereich Ernährung viel ab. Die Befragten fällen auf dem Markt Entscheidungen für (oder gegen) die Gesundheit, indem sie z.B. mehr oder weniger gesund/frisch/ausgewogen/vollwertig einkaufen (siehe Kapitel D-15.1.1). Auf

¹⁰⁵ Es wurde immer wieder deutlich, dass spezifische Verhaltensweisen sich in unterschiedlichen Umgebungen abspielen.

dem Markt sehen sich die Befragten mit einer Fülle von Angeboten konfrontiert, deren Nutzung zuweilen Probleme in sich birgt (siehe auch hier Kapitel D-15.1.1).

(3) Neben dem Markt scheint nach den Befragten die Domäne der persönlichen Gesundheit – das *zu Hause und das soziale Umfeld* – die zentrale Domäne in der Diskussion zu Gesundheitskompetenz in Ernährung, Bewegung und Gewicht zu sein. Im persönlichen Umfeld fällen die Befragten die meisten Entscheidungen für oder gegen die Gesundheit (siehe hierzu die Antworten der Befragten in Kapitel D-15.1.1).

(4) Der *Arbeitsplatz* steht in enger Verbindung mit der persönlichen Gesundheit. Er wird von den Befragten als ein „konditionierendes“ Element gesehen (siehe Kapitel D-15.1.1). Bei der Arbeit erfahren die Befragten gewisse Einschränkungen beim Essen (keine Kantine, schlechte Kantine, keine Zeit) oder es fehlt die nötige Flexibilität zur Gestaltung eines täglichen Bewegungsprogramms.

(5) Die Domäne *Politik* hat bei den Befragten keine direkte, jedoch eine starke *indirekte Relevanz*: Es besteht durchaus eine Sensibilisierung in gesundheitspolitischen Fragen im Zusammenhang mit Ernährung, Bewegung und Gewicht. Die Befragten sehen sich in unterschiedlichen Alltagsrollen, wobei eine solche Rolle die des „Bürgers“ ist. So können sie z.B. durch ihr alltägliches Bewegungsverhalten, indem sie mit dem Auto statt zu Fuß zur Arbeit gehen, etwas für die Gesellschaft (Umwelt) tun und möglicherweise indirekt eine politische Diskussion auslösen.

Aufgrund der obigen Ausführungen bestätigt sich die Annahme, dass Gesundheitskompetenz auf einer *Makroebene* in unterschiedlichen Domänen zum Tragen kommt. Die Domänen *Markt*, *persönliches Umfeld* und *Arbeit* – in einem gewissen Masse auch das *Gesundheitssystem* – sind speziell relevant.

Dieser ersten Teilantwort soll eine zweite folgen, die sich wiederum an der dieser Studie zugrunde liegenden Definition von Gesundheitskompetenz orientiert. Es geht um die Frage, nach welchen Handlungsfeldern spezifische Kompetenzen und deren Ausdruck in Verhalten zugeordnet werden können. Man könnte auch von Definitionen der

unterschiedlichen Rollen (Konsument, Patient, Mitglied in Organisationen – politisch, sozial – Familienmitglied), welche Bürgerinnen und Bürger im Zusammenhang mit Gesundheit übernehmen, sprechen. Die Resultate der vorliegenden Studie zeigen, dass speziell die Handlungsfelder *individuelle Gesundheit* und *Konsumverhalten* für Gesundheitskompetenz in Ernährung, Bewegung und Gewicht relevant sind.

(1) Die Themen Ernährung und Bewegung beschäftigen die Befragten als Bürgerinnen und Bürger und speziell als Familienmitglieder vor allem im Zusammenhang mit der persönlichen Gesundheit (*individuelle Gesundheit*). Schon kurz nach dem Aufstehen am Morgen sind sie mit den ersten Entscheidungen konfrontiert: Was esse ich zum Frühstück? Wie bewege ich mich zur Arbeit? Gehe ich am Mittag zum Sport? Nehme ich einen Pausenapfel mit? Der Alltag ist geprägt von solchen kleinen Entscheidungen zu Ernährung und Bewegung, die oftmals auch unbewusst ablaufen.

(2) Wenn es dann um das Einkaufen von z.B. Nahrungsmitteln geht, wird der Kompetenzbereich *Konsumverhalten* relevant. Die Befragten (in ihren Rollen als Konsumenten) illustrierten mit ihren Antworten, dass beim Einkaufen von Lebensmitteln eine Vielzahl von Entscheidungen getroffen werden müssen (siehe Kapitel D-15.1.4).

Speziell aus der Analyse der vorbereitenden, vertieften Interviews (siehe Kapitel D-13.2.1.1) ging die Relevanz des Kompetenzbereichs *individuelle Gesundheit* hervor, weshalb diesem Bereich in der zweiten Datensammelungsphase verstärkt Beachtung geschenkt wurde. Diese Relevanz zeigte sich in den vertieften Interviews darin, dass die Befragten, wenn sie ihren Umgang mit der eigenen Gesundheit beschrieben, diesen einerseits mit Ernährungs- und Bewegungselementen anreicherten, auf der anderen Seite aber verdeutlichten, dass viel unbewusst und ohne aktive Entscheidung abläuft und dass diese Alltagsentscheidungen durchwegs mit Schwierigkeiten behaftet sind. Auf der einen Seite sind Ernährung und Bewegung ständige Themen, auf der anderen Seite wird deutlich, dass bezüglich Gesundheitskompetenz Mängel bestehen.

Es bestätigt sich an dieser Stelle eine zweite Annahme bezüglich der Konzeptionalisierung von Gesundheitskompetenz. Auf einer *Mesoebene* im Sinne von spezifischen Handlungsbereichen, in welchen Handlungsfähigkeit und Kompetenz in Ernährung, Bewegung und Gewicht ihren Ausdruck finden, sind aufgrund der Resultate der vorliegenden Studie vor allem die Bereiche *individuelle Gesundheit* und *Marktverhalten* zu nennen.

Diese ersten beiden Teilantworten zu spezifischen Komponenten von Gesundheitskompetenz veranschaulichen die theoretisch erarbeitete Definition von Health Literacy, die der vorliegenden Studie zugrunde lag, mit konkreten Beispielen. Es ging jedoch aus der Analyse der Daten weiter hervor, dass Gesundheitskompetenz nicht nur auf einer Makro- oder Mesoebene zu beschreiben ist, sondern dass spezifische Komponenten, die auf einer *Mikroebene* anzusiedeln sind, genau so relevant werden. Wenn Gesundheitskompetenz als die *Fähigkeit, im Alltag mündige Entscheidungen für die eigene und die Gesundheit anderer zu fällen und gut mit Gesundheitsinformationen umgehen zu können*, definiert wird, so stellt sich die Frage nach spezifischen Komponenten, die diese Fähigkeiten besser *beschreiben* oder gar *erklären* könnten. Die Diskussion zur Beantwortung der dieser Studie zugrunde liegenden Forschungsfragen ist deshalb auf einer Mikroebene noch ein drittes Mal zu führen.

Damit sich jemand in unterschiedlichen Domänen des täglichen Lebens (Makroebene) gesund verhält und in unterschiedlichen Situationen und Handlungsbereichen kompetent mit der eigenen Bedürftigkeit im Zusammenhang mit Ernährung, Bewegung und Gewicht umgehen kann (Mesoebene), braucht er¹⁰⁶ ganz bestimmte Eigenschaften. Die Resultate der vorliegenden Studie, wie sie in Kapitel D präsentiert wurden, ermöglichten die Erarbeitung genau der Komponenten, die einen kompetenten Umgang mit der eigenen Bedürftigkeit *beschreiben* oder *erklären*. Im Folgenden soll, aufgrund der Idealtypisierung, wie sie in Kapitel D-15.2 vorgenommen wurde, noch einmal auf die unterschiedlichen Komponenten zur Beschreibung von Gesundheitskompetenz in

106 Es wird der Einfachheit halber die männliche Form in den Ausführungen in diesem Kapitel verwendet.

Ernährung, Bewegung und Gewicht eingegangen werden, um dem Leser – anhand des Beispiels von Typ 1, dem ideal gesundheitskompetenten Typ – noch einmal detailliert aufzuzeigen, in welchem Zusammenhang die einzelnen Komponenten zur *Beschreibung* und *Erklärung* von Gesundheitskompetenz stehen.¹⁰⁷

Eine Vielzahl von Entscheidungen zu Ernährung, Bewegung und Gewicht müssen tagein tagaus gefällt werden (siehe Kapitel D-15.1), wobei sich Typ 1 unter anderem dadurch auszeichnet, dass er diese Entscheidungen der Gesundheit förderlich fällt und durch sein gesundes **Verhalten** auffällt (siehe auch Definition von Kickbusch und Maag, 2005; Kickbusch et al., 2005).

Typ 1 ist sich den Auswirkungen eines gesunden Ernährungs- und Bewegungsverhaltens bewusst und bringt Ernährung und Bewegung mit der Energiebilanz in Verbindung. Er zeichnet sich demnach nicht nur durch sein Verhalten aus, sondern auch durch sein *Wissen* über Gesundheit – das als wissenschaftlich fundiertes Wissen (siehe Kapitel D-15.2.2.1) bezeichnet werden kann. Er besitzt Grundkenntnisse zu den Bereichen Ernährung, Bewegung und Gewicht, auch in Bezug auf Gesundheitsförderung, Krankheitsverhinderung, Vorsorge, Pflege und erste Hilfe (siehe Kapitel C-9.3).

Verbunden mit seinem Wissen über Gesundheit ist sein *Interesse*, sich bezüglich Ernährung, Bewegung und Gewicht zu informieren und diese Informationen zu beurteilen. Typ 1 ist somit nicht nur an Informationen interessiert, sondern versucht, Gelerntes in den Alltag einzubeziehen, was ohne sein *Beurteilungsvermögen* nicht möglich wäre (siehe Kapitel D-15.2.2.1).

Auf der Basis dieser Überlegungen sowie der Analyse der qualitativen Daten der vorliegenden Studie, welche die Beschreibung von vier Idealtypen eines möglichen – mehr oder weniger kompetenten – Umgangs mit der eigenen Bedürftigkeit vorsah, gibt das folgende Modell, wie es bereits in Kapitel D-16 eingeführt wurde, nochmals einen

107 Wie in den vorangehenden Kapiteln, wird zur Illustration von Typ 1 der Einfachheit halber die männliche Form verwendet.

Überblick über die zentralen Komponenten zur Beschreibung von Gesundheitskompetenz in Ernährung, Bewegung und Gewicht.

Abbildung 37: Kompetenzdimension

	Typ 1	Typ 2	Typ 3	Typ 4
Wissen	100% wissenschaftlich	50% wissenschaftlich 50% Alltagswissen	100% Alltagswissen	0% Wissen
Interesse	Viel Interesse	Mäßiges Interesse	Tendenziell kein Interesse	Kein Interesse
Beurteilungsvermögen	Hohes Beurteilungsvermögen	Mittelmäßiges Beurteilungsvermögen	Schwaches Beurteilungsvermögen	Kein Beurteilungsvermögen
Verhalten	Gesundes Verhalten	Inkonsistentes Verhalten	Ungesundes bis gesundes Verhalten	Ungesundes Verhalten

Es stellt sich an dieser Stelle die Frage, welche der drei zentralen Komponenten der Kompetenzdimension (das Verhalten ausgeschlossen) die Wichtigste ist. Geht Gesundheitskompetenz von Wissen oder von einem Interesse an Gesundheit aus? Die Antwort lässt sich nicht eindeutig festlegen. Es wird vielmehr die Überlegung angestellt, dass Wissen und Interesse in einem sich gegenseitig beeinflussenden Verhältnis zueinander stehen. Wissen wird durch weitere Informationssuche und Beurteilung von Informationen (basierend auf einem gesteigerten Interesse) akkumuliert und revidiert, wobei neues Wissen wiederum das Interesse für die weitere Informationssuche steigert. In dieser Perspektive stehen Wissen und Interesse in einem zirkulären Ursachen-Wirkungs-Verhältnis. Eine gewagte Überlegung¹⁰⁸ würde Interesse – zum Zeitpunkt t_0 – als Initialelement der Kompetenzbildung sehen. Ein anfängliches Interesse würde durch eine erste Informationssuche das Wissen für ein bestimmtes Gesundheitsthema positiv beeinflussen und so den zirkulären Prozess der gegenseitigen Beeinflussung von Wissen und Interesse in Gang bringen.

108 Es handelt sich um eine Annahme der Autorin, um das Ursache-Wirkungs-Verhältnis von Interesse und Wissen zu veranschaulichen. Die Autorin möchte darauf hinweisen, dass sie sich bewusst ist, dass weitere Faktoren dieses Ursache-Wirkungs-Verhältnis beeinflussen könnten. Von diesen Faktoren wird in diesem Moment nicht gesprochen.

Gesundheitskompetenz und Gesundheitsverhalten

Aufgrund der Resultate der vorliegenden Studie kann Verhalten als ein Ausdruck von Kompetenz gesehen werden, wobei sich die Komponente Verhalten in ihrem Charakter von den drei anderen Komponenten der Kompetenzdimension (Wissen, Interesse und Beurteilungsvermögen) abhebt. Ob Verhalten für die Beschreibung von Gesundheitskompetenz herangezogen wird, hängt von der jeweiligen Konzeptionalisierung und den *Zielen* der Ausführungen zu Gesundheitskompetenz selber ab.¹⁰⁹ Für den Fall der vorliegenden Studie wird die *Verhaltenskomponente* als nicht gleichbedeutend mit den drei weiteren zentralen Komponenten der Kompetenzdimension gesehen. Es wird angenommen, dass Gesundheitskompetenz, als eine *Fähigkeit* zur gesundheitsrelevanten Entscheidung, ihren Ausdruck in Verhalten finden *kann*. Denn wenn man vom Ziel einer erhöhten Gesundheit ausgeht, welche stark (aber nicht nur) über das Gesundheitsverhalten erreicht werden kann, dann sollte sich Gesundheitskompetenz im Gesundheitsverhalten ausdrücken, denn nur so bringt Gesundheitskompetenz die Vorteile zum Vorschein, die dann tatsächlich eine positive Wirkung auf die Gesundheit haben.

Diese Ausführungen stellen keinen Kontrast zu Vertretern von Gesundheitskompetenz dar, die aussagen, Gesundheitskompetenz sei eine dem Individuum intrinsische Eigenschaft (siehe z.B. Schulz und Nakamoto, 2005), die sich nicht in Verhalten ausdrücken müsse. Sie erweitert diese Position jedoch um die Überlegung, dass Gesundheitskompetenz der Förderung von Gesundheit dienen kann. Die Förderung der Gesundheit kann jedoch nur, oder ist zumindest zu einem großen Teil, durch gesundes

109 Die meisten Definitionen von Gesundheitskompetenz, wie sie auch in Kapitel C-9 beschrieben wurden, sehen Verhalten als ein Ausdruck von Gesundheitskompetenz, ziehen Verhalten zur Beschreibung von Gesundheitskompetenz immer mit ein. Dies mag von den Ursprüngen der Health Literacy Forschung her rühren, wo es (siehe Kapitel C) darum ging, einen Zusammenhang zwischen Literacy [Lese- (und Schreib)fähigkeit] und Health (Behavior) [Gesundheits(verhalten)] herzustellen. Heute wird immer noch mit der impliziten Annahme gearbeitet, dass Gesundheitskompetenz und Gesundheitsverhalten in einem engen Zusammenhang stehen, dieser Zusammenhang ist jedoch zu hinterfragen, zumal auch Theorien aus den Gesundheitswissenschaften darauf hinweisen, dass nicht nur Gesundheitsverhalten einen Einfluss auf die Gesundheit hat, sondern noch andere Determinanten der Gesundheit eine tragende Rolle spielen können (z.B. soziale und personale Fähigkeiten, Selbstvertrauen, generelle gesundheitsfördernde personale Ressourcen (siehe: Cloetta et al., 2005: Das Ergebnismodell von Gesundheitsförderung Schweiz, abrufbar unter www.gesundheitsfoerderung.ch).

oder den Verzicht auf gesundheitsschädigendes Verhalten geschehen (gesunde Ernährung, genügend Bewegung, Verzicht auf rauchen, Verzicht auf Alkohol, Benützung von angemessener Verhütung beim Geschlechtsverkehr) und nicht durch eine in der Theorie vorhandene Kompetenz.¹¹⁰

Die Annahme, nach welcher sich Gesundheitskompetenz durch den Einbezug der Verhaltenskomponente beschreiben lässt (Gesundheitsverhalten wird als ein Ausdruck von Kompetenz gesehen), zieht das Problem der Erklärung der Verbindung zwischen Wissen, Interesse sowie Beurteilungsvermögen (Kompetenz) und deren Ausdruck in Gesundheitsverhalten mit sich. Denn wie lässt sich erklären, dass bei manchen Menschen Wissen, Interesse und Beurteilungsvermögen bis zu einem gewissen Punkt vorhanden sind, sich jedoch nicht konsistent in Verhalten ausdrücken?

Um einen möglichen Ansatz zur Beantwortung dieser Fragen zu diskutieren, werden weitere Komponenten von Gesundheitskompetenz, wie sie in Kapitel D-15.2.2.2 erarbeitet wurden, beigezogen (Dimension der Verhaltensstrategie). Gesundheitskompetenz ist demnach nicht nur als etwas zu verstehen, was bei jemandem im Sinne einer reinen Kompetenzdimension (siehe Abbildung 36) vorhanden ist, sondern als ein Konzept, das von weiteren, einem Individuum intrinsischen Komponenten abhängt. Komponenten, die den Zusammenhang zwischen Kompetenz und Verhalten erklären, gehören diesen Ausführungen nach ebenso zu Gesundheitskompetenz wie die oben beschriebenen Komponenten der Kompetenzdimension. Dies zeigen auch die Resultate der vorliegenden Studie. Es ging an mehreren Stellen aus der Analyse hervor, dass die Befragten sich neben den soeben beschriebenen Komponenten (z.B. Wissen), in ihrem Umgang mit der eigenen Bedürftigkeit ebenso von anderen Faktoren beeinflusst sehen (siehe Kapitel D-15.2.1). Diese Komponenten (soziale Einflüsse, Risikowahrnehmung, Genuss, Bedeutung der Gesundheit, Verantwortung, Wille, Wahrnehmung von Ressourcen, Gewohnheit und Emotionalität) beschreiben zwar nicht eine Kompetenz, können jedoch das Vorhandensein von mehr oder weniger Kompetenz

110 Diese Überlegung schliesst aus, dass ungesundes Verhalten auch durch Krankheit oder eine Sucht bedingt sein kann.

erklären und gehören somit auch der Gesundheitskompetenz an. Dass jemand ein bestimmtes Kompetenzniveau erreicht, hängt demnach von unterschiedlichen Komponenten der Dimension der Verhaltensstrategie ab, welche die Verbindung zwischen Wissen, Interesse sowie Beurteilungsvermögen und Verhalten erklären.

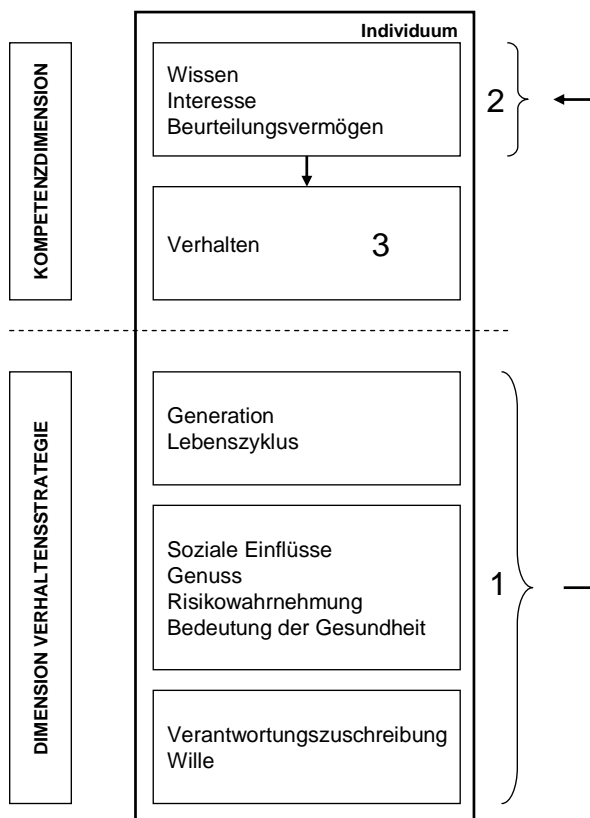
Abbildung 38: Dimension der Verhaltensstrategie

	Typ 1	Typ 2	Typ 3	Typ 4
Generation	2. Hälfte junge Generation	Mittlere Generation	Alte Generation	1. Hälfte junge Generation
Lebenszyklus	Arbeit	Wohlstand	Glaube	Lernen
Soziale Einflüsse	Verarbeitend	Befolgend	Abweisend	Total getrieben
Risikowahrnehmung	Aktives Risikomanagement	Risikoignoranz	Vernachlässigung Risiko	Risikounwissenheit
Genuss	Gesundheitsgenuss	Sinnlichkeitsgenuss	Normalitätsgenuss	Nicht wahrgenommener Genuss
Bedeutung Gesundheit	Gesundheit und Leben	Labelgesundheit	Selbstverständliche Gesundheit	Zweitrangigkeit der Gesundheit
Verantwortung	Interne Verantwortungszuschreibung	Externe Verantwortungszuschreibung		
Wille	Umgesetzter Wille	Nicht umgesetzter Wille		
Wahrnehmung Ressourcen		Falsche Wahrnehmung von Ressourcen		
Gewohnheiten			Stark gewohnheitsgebunden	
Emotionalität				Ausgeprägte Emotionalität

Die vorhergehende Diskussion aufgreifend, sind die Komponenten des obigen Modells insofern interessant, als dass man annehmen kann, dass bei jemandem (siehe Spalte Typ 1 in Abbildung 37), der mit sozialen Einflüssen verarbeitend umgeht, der Gesundheitsrisiken erkennt, der in der Gesundheit Genuss findet und dessen Gesundheit das Leben bedeutet, die Verbindung zwischen Kompetenz (Wissen, Interesse und Beurteilungsvermögen) und dem Ausdruck dieser Kompetenz in gesundheitsförderndes Verhalten funktioniert. Der Annahme folgend würde dies bedeuten, dass es sinnvoll ist, eine Trennung vorzunehmen zwischen Komponenten, die eine Kompetenz im Sinne von

Kompetenzniveaus beschreiben, und der Komponente Verhalten. Diese Trennung würde die Rolle der erklärenden Faktoren (Komponenten der Dimension der Verhaltensstrategie) verdeutlichen. Erklärende Faktoren (1) beeinflussen die Kompetenz oder die Entwicklung von Kompetenz (2), die sich in Verhalten ausdrückt (3).

Abbildung 39: Rollen von Kompetenzdimension und Dimension der Verhaltensstrategie¹¹¹



Mit der Diskussion der beiden Modellteile (Kompetenzdimension und Dimension der Verhaltensstrategie) wurde auf die beiden Forschungsfragen nach der *Beschreibung* einer gesundheitskompetenten Person (Kompetenzdimension) und nach möglichen Faktoren, die Gesundheitskompetenz *erklären* (Dimension der Verhaltensstrategie) auf einer *Mikroebene* geantwortet.

¹¹¹ In Abbildung 38 sind unter anderem die Komponenten aufgelistet, die für Typ 1 relevant werden.

Aufgrund des qualitativen Charakters der vorliegenden Studie sind an dieser Stelle einige Anmerkungen zur Gültigkeit und den heuristischen Eigenschaften der bis anhin erarbeiteten Modelle vorzunehmen.¹¹² Der Mehrwert der auf der Basis der qualitativen Daten erarbeiteten Modelle (siehe Abbildungen 36-38) liegt in der integrativen Sicht, mit welcher diese Modelle die Resultate der Studie veranschaulichen. Sie stellen die einzelnen Komponenten, die als Elemente zur *Beschreibung* und *Erklärung* von Gesundheitskompetenz in Ernährung, Bewegung und Gewicht erarbeitet wurden, integrativ dar¹¹³ und veranschaulichen ihre möglichen Verbindungen. Die Modelle erheben jedoch keinen Anspruch auf Generalisierbarkeit. Es wird lediglich angenommen, dass einzelne Teile, speziell die Kompetenzdimension (siehe Abbildung 37), das Potential zur Generalisierbarkeit (Gesundheitskompetenz in Ernährung, Bewegung und Gewicht wie auch Gesundheitskompetenz generell) haben und dass in weiteren Studien auf die Frage der Generalisierbarkeit der Modelle eingegangen werden sollte.

Neben der Modelldiskussion werfen die Resultate der qualitativen Studie weitere Fragen auf, die an dieser Stelle Anlass zur Diskussion geben.

(1) Gesundheitsinformation

Es stellte sich bei der Analyse heraus, dass bei den Befragten auf der einen Seite die Forderung nach mehr Informationen vorhanden war, auf der anderen Seite aber die generelle Meinung herrscht, mit Gesundheitsinformationen überfordert zu sein (siehe Kapitel D-15.1.5). Eine Analyse der Antworten verdeutlichte, dass die Befragten unterschiedlich auf die so genannte *Informationsflut* (siehe Kapitel D-15.1.5) reagieren. Es wird angenommen, dass eine mögliche Erklärung in den erarbeiteten Idealtypen liegt (siehe Kapitel D-15.2.1), denn der Wunsch nach mehr Information kann doppelt

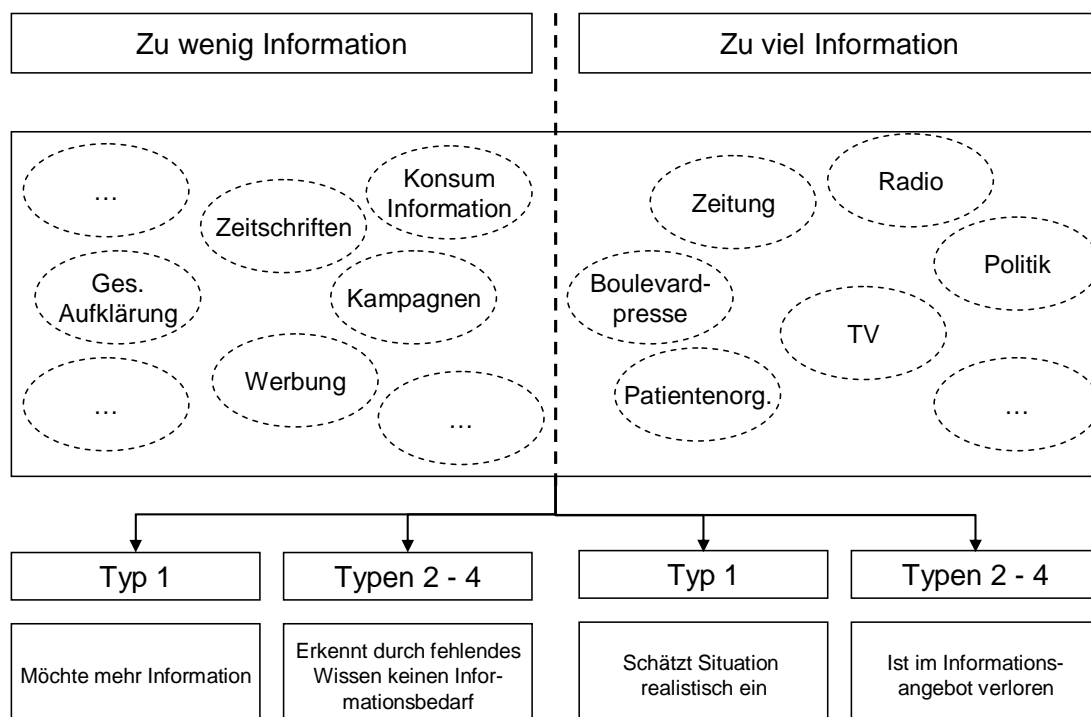
112 Weitere Modelle, die in diesem Kapitel noch folgen, werden einzeln diskutiert.

113 Die Vorteile dieser integrativen Sicht sind auf der einen Seite dadurch gegeben, dass alle möglichen Komponenten, die sich aufgrund der qualitativen Analyse für das Verständnis von Gesundheitskompetenz als relevant erwiesen, zusammenfassend dargestellt werden können. Auf der anderen Seite verdeutlicht eine integrative Sicht die Komplexität der Thematik Gesundheitskompetenz in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Gewicht.

motiviert sein: (a) Typ 1 verspürt im Zuge der zirkulären Beeinflussung von Wissen und Interesse (siehe oben) immer wieder das Bedürfnis nach neuer Information und verleiht diesem Bedürfnis auch Ausdruck, (b) neben Typ 1 siedeln sich auf der anderen Seite diejenigen Typen an, die nichts wissen und deshalb auch in die Richtung des Wunsches nach mehr Informationen argumentieren. Die Kritik an einem übermäßigen Informationsangebot (zu viel Information, nicht die richtige Information) kommt tendenziell von den Typen, die sich in der Information verloren sehen (siehe Typenbeschreibung Kapitel D-15.2.1). Typ 1 kann seine Aussagen über zu viele Informationen begründen, während die Aussagen der Typen 2-4 eher Kritiken gleichen.

Antworten zur Prävalenz von Gesundheitsinformation basieren diesen Ausführungen nach auf (1) *Wahrnehmungsunterschieden*, (2) *Einschätzungsunterschieden* und (3) *Unterschieden im tatsächlichen Umgang* mit der Information bei den Befragten.

Abbildung 40: Reaktionsmöglichkeiten auf zu viel oder zu wenig Gesundheitsinformation



(2) Vertrauen in Informationsquellen

Mit dem Informationsverhalten verbunden ist das Thema des Vertrauens in einzelne Informationsquellen. Vor allem bei den Gesundheitsthemen Ernährung, Bewegung und Gewicht, zu welchen eine Flut an Informationen existiert (siehe Kapitel A), scheint bei den Befragten das Bedürfnis nach Vertrautheit immer größer zu werden (siehe Kapitel D-15.1.5). Es wird angenommen, dass die Anonymität, die durch massive Informationsmengen entsteht (siehe Kapitel D-15.1.5) auf der anderen Seite wieder ausgeglichen werden muss. So verdeutlichen die Resultate der vorliegenden Studie zum Beispiel, dass die Befragten nur ganz bestimmten Informationsquellen vertrauen (siehe Kapitel D-14.2). Eine repräsentative Studie (Nutri-Trend Studie, Nestlé Suisse S.A., 2000), die zum Thema Ernährungs- und Informationsverhalten von Schweizerinnen und Schweizern durchgeführt wurde, zeigt, dass die Informationsquellen, die in der Schweiz das größte Vertrauen genießen, die Quellen sind, die nur einen kleinen Empfängerkreis erreichen (wie z.B. Ärzte). Die Resultate der vorliegenden Studie unterstützen diese Aussagen (Kapitel D-14.2). Informationsquellen, die nur geringes Vertrauen genießen erreichen jedoch eine große Anzahl von Empfängern (z.B. Printmedien, siehe Kapitel D-14.2).

(3) Vertrauen in den Arzt

Die Diskussion sollte auf der Ebene von unterschiedlichen Vertrauensverhältnissen zwischen den Befragten und Fachpersonal im Gesundheitssystem weitergeführt werden. Bereits andiskutiert wurde das Verhältnis zwischen den Befragten (Patienten) und ihrem Arzt, wobei dieser tendenziell großes Vertrauen genießt (siehe Kapitel D-14.2). Die Art dieses Vertrauensverhältnisses, wie es vor allem die Daten der qualitativen Studie zeigen, ist jedoch genauer zu hinterfragen. Es zeigen sich zwei Aspekte, die im Folgenden einzeln diskutiert werden.

(3a) Ist der Arzt tatsächlich eine erste, vertrauenswürdige Informationsquelle der Befragten?

Dass der Arzt von vielen Befragten als eine erste, vertrauenswürdige Informationsquelle zu Gesundheit (Ernährung, Bewegung und Gewicht) sowie Krankheit genannt wurde,

muss nicht unbedingt heißen, dass der Arzt tatsächlich die angebrachte Informationsquelle ist. Die Antworten der Befragten könnten zum einen darauf zurückzuführen sein, dass sie während des Interviews nicht erkannten (oder generell nicht erkennen), dass es sich bei Ernährung, Bewegung und Gewicht um Gesundheitsthemen handelt, zu denen man sich auch informieren kann (z.B. gesunde Ernährung), ohne dass ein spezifisches Problem (Krankheit → Arzt) besteht. Zum anderen könnten die Fragen während den Interviews für die Befragten nicht klar verständlich formuliert worden sein, so dass nicht hervorging, dass die Interviewerinnen eigentlich an Informationsquellen interessiert waren, die auch konsultiert werden, wenn keine spezifischen gesundheitlichen Probleme bestehen. Mangelndes Interesse an den Themen Ernährung, Bewegung und Gewicht könnte ein weiterer Grund sein, warum bestimmte Befragte keine andere Informationsquelle als den Arzt nennen können.

(3b) Unter der Annahme, dass der Arzt tatsächlich eine zentrale Informationsquelle bei Gesundheit (und Krankheit) ist, wie sieht das Vertrauensverhältnis zwischen Befragten und Arzt dann aus?

Tendenziell vertrauen die Befragten dem Arzt und befolgen seine Anweisungen. Es ist in den Augen der Autorin sicherlich wünschbar, dass ein Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Klient/Patient besteht, jedoch nicht in der Art, dass der Arzt Anweisungen gibt, die dann befolgt werden. Eine Arzt-Patienten Interaktion sollte, im Sinne der Gesundheitskompetenz, so wie sie in der vorliegenden Dissertation verstanden wird, eine Kooperation und ein gegenseitiger, konstruktiver Austausch sein.

(4) Vertrauen in die Mitmenschen

Die Daten der qualitativen Analyse zeigen, dass bei den Befragten die Rolle der Mitmenschen bei der Gesundheitsinformation eher vernachlässigt wird¹¹⁴ und unter den Befragten eine *Sprachlosigkeit* bezüglich der Themen Ernährung, Bewegung und

¹¹⁴ Fragte man nach Beispielen zu Gesprächen, welche im persönlichen Umfeld zu Ernährung, Bewegung, Gewicht oder auch Krankheit stattfinden, waren die Antworten der Befragten tendenziell limitiert. Ein Grossteil der Befragten wusste nicht recht, wie antworten und es schien, als fänden wenige Gespräche im näheren Umfeld statt.

Gewicht herrscht.¹¹⁵ Wie diese Sprachlosigkeit begründet werden kann, geht nicht eindeutig aus den Resultaten der vorliegenden Studie hervor. Es könnte angenommen werden, dass ein mangelndes Interesse (siehe auch Diskussionspunkt (3a)) an Ernährung, Bewegung und Gewicht einen Einfluss auf die beschriebene Sprachlosigkeit hat. Jemand, der sich nicht für ein spezifisches Thema interessiert, der redet auch nicht gerne über dieses Thema. Diese Argumentation knüpft an den vorhergehenden Diskussionspunkt an und verdeutlicht, dass die Befragten mit großer Wahrscheinlichkeit Ernährung, Bewegung und Gewicht nicht als zentral wichtig in ihrem Alltag einschätzen.¹¹⁶

Diese Resultate stehen in Kontrast zur generellen Annahme, dass Mitmenschen eine wichtige Rolle bei der Information zu Gesundheit (Ernährung, Bewegung und Gewicht) spielen (siehe Kapitel D-14.2). In der vorliegenden Studie zeigte die Frage nach ersten und zweiten Informationsquellen bei Gesundheit und Krankheit zuerst, dass die Befragten soziale Kontakte zur Information beiziehen (siehe Kapitel D-14.2.1)¹¹⁷. Als die Befragten im Laufe des Interviews jedoch aufgefordert wurden, diese Kontakte zu beschreiben, sah das Bild anders aus. Den Antworten nach finden lediglich belanglose Diskussionen zu spezifischen Gesundheitsthemen statt. Diese *Gesprächsarmut* (siehe oben) ist nicht bei allen Typen gleich vorzufinden. Während Typ 1 versucht, soziale Kontakte und Gespräche im Sinne einer konstruktiven Auseinandersetzung mit den Themen Ernährung, Bewegung und Gewicht zu intensivieren, sind es die Typen 2-4, die diese Versuche immer wieder ins Leere laufen lassen.

Auch wenn die Resultate der qualitativen Studie darauf hinweisen, dass soziale Kontakte von den Befragten eher vernachlässigt werden, sollte mit diesem Resultat vorsichtig umgegangen werden. Es ist nicht gesagt, dass diese Vernachlässigung generell

115 Es scheint, die Befragten wissen nicht, wie sie über die Themen Ernährung, Bewegung und Gewicht sprechen sollten. Oftmals war die Antwort in den Interviews, es gäbe nichts zu reden, denn es sei ja alles in Ordnung. Es wird tendenziell nur etwas besprochen, wenn ein Problem besteht.

116 Diese Aussage bezieht sich eher auf die Typen 2-4 als auf den gesundheitskompetenten Idealtyp.

117 Es könnte auch hier das Problem der verwendeten Fragen zur Messung des Informationsverhaltens und sozialen Kontakten, wie in Punkt 3 diskutiert, nochmals aufgenommen werden.

vorhanden ist oder sie nur bei bestimmten Gesundheitsbereichen oder gar nur bei der Gruppe von Befragten im Rahmen dieser Studie auftritt.¹¹⁸ Es ist an die Vorteile im Sinne einer Entlastung von bestimmten Instanzen des Gesundheitssystems zu denken, wenn die Rolle von Typ 1 – als Wissensvermittler, Gesundheitscoach oder Vertrauensperson in Gesundheitsfragen – in der Gesellschaft mehr Bedeutung hätte. Solche Typen könnten als Mediatoren tätig sein. Es wird weiter angenommen, dass soziale Kontakte, durch ihre auf einem Vertrauen basierenden Vernetzung, besonders wertvoll für die gegenseitige Wissensvermittlung sein könnten.

(5) Die Rolle der Komponenten *Bedeutung der Gesundheit* (siehe Kapitel D-15.2.2.2)

Eine mögliche Komponente, die einen Einfluss auf die Intensität des Pflegens von sozialen Kontakten für die Gesundheit haben könnte, ist die generelle Bedeutung, welche die Befragten der Gesundheit zukommen lassen. Ist Gesundheit ein zentrales Element im täglichen Leben (handelt jemand im Alltag bewusst gesundheitsfördernd und krankheitsverhindernd), oder eher etwas, das nicht generell präsent ist (ist sich jemand seiner Gesundheit nicht bewusst und schenkt ihr auch keine große Aufmerksamkeit)? Im Falle der Gesundheit als Lebenseinstellung (siehe Typ 1, Kapitel D-15.2.1) liegt die Annahme nahe, dass diese Einstellung auch in die Interaktion mit Mitmenschen im Sinne einer Intensivierung von Gesprächen mit einfließt.

Neben den soeben diskutierten Punkten bleiben offene Fragen bezüglich Gesundheitskompetenz in Ernährung, Bewegung und Gewicht, die mit den Daten der vorliegenden Studie nicht zu beantworten sind. Speziell ist an dieser Stelle nochmals darauf hinzuweisen, dass es sich bei den Resultaten um qualitativ erarbeitete Befunde handelt, die lediglich Hinweise auf gewisse Tendenzen geben können. Ein positives Element der qualitativen Analyse ergibt sich jedoch direkt aus deren Grenzen in dem Sinne, als dass sich aus der vorliegenden Studie eine grosse Anzahl von interessanten, neuen Forschungsfragen ergeben:

¹¹⁸ Siehe auch hier Fussnote 60.

(1) Wie bereits angetönt, soll eine *quantitative* Studie Aufschluss darüber geben, ob sich die Resultate der qualitativen Analyse und die darauf basierenden Annahmen, speziell die Idealtypen (Modelle der Kompetenzdimension und Dimension der Verhaltensstrategie, siehe Abbildung 36 und Abbildung 37) in einer repräsentativen Studie bestätigen. Erweisen sich die in den Modellen definierten Komponenten tatsächlich als sinnvoll für die *Beschreibung* und *Erklärung* von Gesundheitskompetenz? Wird es möglich sein, die auf diesen beiden Dimensionen beruhenden Idealtypen zu bestätigen?¹¹⁹

(2) Es wird angenommen, dass durch den engen Kontakt zwischen Interviewerinnen und Befragten, die Resultate der qualitativen Studie durch soziale Wünschbarkeit beeinflusst sind.¹²⁰ Es geht aus der Studie hervor, dass speziell Männer über die Gesundheit Anerkennung, Wohlergehen und Gratifikation definieren. Gesundheit scheint etwas Erstrebenswertes zu sein, obwohl dies mit Mühe und Disziplin verbunden ist (siehe auch Kapitel D-14.5). Es wird in einer nächsten Studie interessant sein, die soziale Wünschbarkeit zu kontrollieren und einen Fokus auf die mit Gesundheit verbundenen Gratifikationen zu legen.¹²¹

(3) In den Resultaten nimmt Wissen eine zentrale Rolle ein. Wissen kann als wissenschaftlich basiertes Wissen oder als Alltagswissen verstanden werden (siehe Kapitel D-15.2.2.1). Die Analyse der qualitativen Interviews zeigte in einem ersten Schritt, dass die Befragten einiges über Ernährung und Bewegung und die damit verbundenen Thematiken zu wissen scheinen. Diese Annahme basiert auf den Antworten, welche die Befragten auf Fragen zum Ernährungs- und/oder Bewegungsverhalten gaben (siehe Kapitel D-15.1). Als nach der *Bedeutung* von

119 Diese Fragen schliessen an die obige Diskussion der Generalisierbarkeit der Modelle an.

120 Es ergaben sich Situationen, in denen sich die Befragten besser darstellten, als dass sie das in Wirklichkeit wären (z.B. bezüglich Ernährungsverhalten, siehe auch Kapitel D-13.2.4).

121 Tendenziell konnten aufgrund der Resultate der qualitativen Studie keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern in Bezug auf Gesundheitskompetenz in Ernährung, Bewegung und Gewicht festgestellt werden. Es ist jedoch anzumerken, dass verschiedene Studien zum Schluss kommen, dass bezüglich Gesundheit, Einstellungen zur Gesundheit und Gesundheitsverhalten Unterschiede zwischen Männern und Frauen bestehen. Es wird in weiteren Studien zu Gesundheitskompetenz, vor allem in quantitativen Erhebungen, auf Geschlechterunterschiede einzugehen sein.

bestimmten Konzepten gefragt wurde, zeigte sich jedoch, dass die Befragten doch nicht so viel zu wissen scheinen, wie am Anfang angenommen. Es ergeben sich eine Reihe von Fragen: Ist das Verhalten¹²² als Ausdruck von Kompetenz (siehe oben) allenfalls – neben anderen Komponenten – von einer anderen Art Wissen beeinflusst, als dem Wissen, welches mit den Wissensfragen in der vorliegenden Studie gemessen wurde? Haben sich die Befragten besser dargestellt, als dass sie das eigentlich sind, und unterliegen die Resultate generell einer sozialen Wünschbarkeit (dies bringt uns zurück zu Punkt (2))? Ist die Relation zwischen Wissen und Verhalten durch spezifische Faktoren beeinflusst und wenn ja, in welchem Masse? Die Resultate der vorliegenden Studie geben einige Anhaltspunkte zur Beantwortung dieser Fragen. Sie sollten jedoch in weiteren Studien detailliert analysiert werden. Aus den Resultaten geht hervor, dass das Gesundheitsverhalten im Sinne eines Ausdrucks von Gesundheitskompetenz in Ernährung, Bewegung und Gewicht nicht nur von dem in den standardisierten Wissensfragen getesteten Wissen, sondern auch von anderen Komponenten beeinflusst ist (siehe Kapitel D-15.2.2.2). Zusätzlich weisen die Resultate darauf hin, dass die Relation zwischen Wissen und Verhalten von den Komponenten der Dimension der Verhaltensstrategie beeinflusst ist. Welche Komponenten den grössten Einfluss haben und wie dieser Einfluss genau zu beschreiben ist, wird in einer weiteren Studie untersucht werden müssen (siehe auch Diskussion zu Abbildung 38).

(4) Neben den allgemeinen Antworten auf die Fragen, was von den Befragten mit Ernährung, Bewegung und Gewicht verbunden wird und was Gesundheitskompetenz für die Bereiche Ernährung, Bewegung und Gewicht heissen könnte (siehe Resultate der qualitativen Studie in Kapitel D-15), zeigten sich bei einer zweiten Analyse der Daten neue Tendenzen zu spezifischen Zusammenhängen in unterschiedlichen Themenbereichen. Diese Tendenzen sollten in weiteren Studien aufgenommen und vertieft werden. Erste interessante Zusammenhänge sind, dass Ernährung und Gewicht/Gesundheit bei den Befragten oft miteinander in Verbindung gebracht werden, während die Bewegung im Zusammenhang mit Gewicht/Gesundheit eher vernachlässigt

122 Es wird an dieser Stelle angenommen, dass Wissen ein Faktor ist, der – neben anderen Faktoren – Verhalten beeinflusst.

bleibt. Wie erklärt sich die fehlende Wahrnehmung von Bewegung im Zusammenhang mit Gewicht und Gesundheit? Wie stehen diese Zusammenhänge in Relation zu Gesundheitskompetenz? In diesem Sinne sind auch die folgenden, in Form einer Liste aufgeführten globalen Tendenzen in weiteren Studien zu analysieren und zu hinterfragen.¹²³

- 1) Das Marktverhalten der Befragten weist im Vergleich zu anderen Verhalten starken Regelcharakter auf. Es geht aus Kapitel D-14.1.4 hervor, dass viele der Befragten konkrete Regeln nennen, wie ein typischer Einkauf auszusehen hat, derweil dieser Regelcharakter bei den Themenbereichen Ernährung, Bewegung, Gewicht und Informationsverhalten nicht zum Ausdruck kam.
- 2) Mit dem Thema Gewicht wird tendenziell weniger verbunden als mit den Themen Ernährung, Bewegung, Marktorientierung und Gesundheitsinformation. Über Ernährung und Bewegung wissen die Befragten mehr zu erzählen.
- 3) Tendenziell herrscht bei den Befragten wenig Offenheit zum Thema Körpergewicht. Wie ist dies besser zu verstehen und allenfalls zu umgehen?
- 4) Die Befragten haben gewisse Vorstellungen davon, was für Gesundheitsrisiken mit einem suboptimalen Ernährungs- und/oder Bewegungsverhalten in Verbindung stehen. Sie nennen häufig die geläufigen Volkskrankheiten wie Herzkreislauf Erkrankungen, Diabetes Typ II oder Übergewicht. Es geht jedoch nicht aus den Antworten der Befragten hervor, wieso sich diese, obwohl sie gesundheitliche Risiken kennen, selber nicht konsistent so verhalten, dass sie diese Risiken minimieren könnten. Es wird angenommen, dass solange potentielle Risiken nicht für persönlich relevant angeschaut werden, diese auch keinen Einfluss auf das Verhalten haben. Die Komponente Risikowahrnehmung der Dimension der Verhaltensstrategie (siehe Kapitel D-14.2.2.2) liefert Hinweise dafür, wie Risiken im Zusammenhang mit Ernährung und Bewegung unterschiedlich eingeschätzt werden können und was für eine Risikowahrnehmung eher zu einem Risiko minimierenden Verhalten führen könnte (siehe Typ 1).

123 Alle Punkte, die im Folgenden diskutiert werden, ergaben sich aus den Resultaten der Analyse der Mind Maps, siehe Kapitel D-15.1.

(5) Neben den soeben aufgeführten globalen Tendenzen, die in weiterführenden Studien einzeln untersucht werden sollten, zeigt eine vertiefte Analyse Tendenzen für Unterschiede zwischen den Regionen der Schweiz. Diese Unterschiede weisen darauf hin, dass bei der Analyse von Gesundheitskompetenz in Ernährung, Bewegung und Gewicht auf kulturelle Unterschiede eingegangen werden sollte (zu der Diskussion von kulturellen Unterschieden in Gesundheit siehe auch Schulz et al., 2006). Im Folgenden seien die sich zeigenden Tendenzen zwischen den unterschiedlichen Regionen der Schweiz tabellarisch aufgelistet:¹²⁴

1) Ernährung

Tendenzen in der französischen Schweiz gehen Richtung Freude, Genuss, Sinnlichkeit und Gesellschaft. Wichtig ist nicht, ein Ernährungsexperte zu sein, sondern die Natürlichkeit und die Gesundheit. Im Tessin zeigt sich eine Konzentration auf die italienische Küche – die unter anderem von den Befragten als gesund eingeschätzt wird – und in der Deutschschweiz herrscht in Verbindung mit Ernährung häufig das schlechte Gewissen vor.

2) Bewegung

In der französischen Schweiz hat Bewegung generell etwas Positives, sie muss aber natürlich und einfach zu bewerkstelligen sein. Im Tessin herrscht keine Begeisterung für Bewegung, während in der Deutschschweiz Bewegung wichtig ist

3) Gewicht

In der französischen Schweiz ist das Thema Körpergewicht bei den Befragten nicht relevant, während es im Tessin wichtig ist, vor allem im Zusammenhang mit gutem Aussehen.

4) Marktorientierung

Aktionen sind in der Romandie wichtig, beim Einkauf hat aber vor allem die Gesundheit Vorrang. Die Tessiner sind tendenziell kritisch: Kontrolle von Etiketten oder biologische Herkunft sind die Stichworte.

124 Die Aussagen zu den Tendenzen in den einzelnen Regionen der Schweiz basieren auf den Resultaten der qualitativen Analyse und nicht auf statistischen Daten. Die Aussagen sind vor diesem Hintergrund zu sehen.

5) Informationsverhalten

Die Befragten aus der französischen Schweiz äußern sich tendenziell positiv zu Gesundheitsinformationen, fühlen sich nicht überhäuft und wünschen sich manchmal sogar mehr Informationen. Im Tessin zeigt sich das gegenteilige Bild, wo tendenziell eine negative Haltung vorherrscht. Die Befragten im Tessin fühlen sich eher von Informationen überhäuft und möchten auch nicht mehr Informationen. In der Deutschschweiz äußern sich die Befragten gleichermaßen positiv wie negativ zum Thema Gesundheitsinformationen.

6) Soziale Kontakte

Die sozialen Kontakte im Sinne von Unterstützung suchen sind den Romands wichtig, während diese im Tessin im Zusammenhang mit Ernährung, Bewegung und Gewicht eher vernachlässigt werden. In der Deutschschweiz scheinen soziale Kontakte aus viel Smalltalk in der Familie zu bestehen und vor allem durch ein spezifisches Problem ausgelöst zu werden (siehe oben).

(6)¹²⁵ Aufgrund der obigen Ausführungen sind die sozialen Kontakte als ein Element des Informationsverhaltens besser zu untersuchen. Es zeigte sich während der qualitativen Analyse, dass soziale Kontakte bezüglich Gesundheit eher vernachlässigt werden und eine generelle *Sprachlosigkeit* zu den Themen Ernährung, Bewegung und Gewicht besteht (die Befragten reden wenig über die Themen Ernährung, Bewegung und Gewicht mit ihren Mitmenschen). Wieso ist das der Fall? Finden die Befragten es nicht wichtig oder nötig, sich auszutauschen? Wird erst über ein bestimmtes Thema gesprochen, wenn sich Probleme bemerkbar machen? Es braucht ein besseres Verständnis der Thematik der sozialen Kontakte, um diese auch wieder zu intensivieren.

Die im Rahmen der vorliegenden Dissertation durchgeführte Studie hat zu einem besseren Verständnis von Gesundheitskompetenz geführt und liefert im selben Schritt interessante Anhaltspunkte für weitere Forschungen in diesem Bereich. Dieses erste Unterkapitel hat sich darauf konzentriert, die Ergebnisse der Studie im Sinne einer

125 Punkt (6) lehnt sich an die Diskussion zum Thema der sozialen Kontakte an. Siehe Diskussionspunkt (3) zu Vertrauen in Mitmenschen.

Beantwortung der dieser Dissertation zugrunde liegenden Forschungsfragen zu diskutieren. Die sich aus dieser Diskussion ergebenden weiteren Forschungsfragen zum Thema beschränken sich an dieser Stelle auf die bisherigen Ausführungen. Aus dem nächsten Unterkapitel, das sich dem Beitrag der Erkenntnisse der vorliegenden Studie zur Health Literacy Forschung im Generellen widmen wird, werden weitere Anhaltspunkte für die Vertiefung und Weiterentwicklung der vorliegenden Studie und der Health Literacy Forschung im Allgemeinen hervorgehen.

18 Health Literacy Forschung

Die im Rahmen der vorliegenden Dissertation durchgeführte qualitative Studie hatte zum Ziel, bezeichnende Komponenten von Gesundheitskompetenz in Ernährung, Bewegung und Gewicht zu erarbeiten. Die Resultate sind in Kapitel D-15.2 vorgestellt und in diesem Kapitel E diskutiert worden. Neben einer ausführlichen Diskussion der Resultate werden sie hier nochmals neu beleuchtet. Sie werden in den Kontext der aktuellen Health Literacy Forschung gestellt und es wird evaluiert, ob die Erkenntnisse der qualitativen Studie einen Beitrag dazu leisten, Gesundheitskompetenz besser (1) *verstehen*, (2) *messen* oder (3) *fördern* zu können.

(1) Beitrag der Studie zum Verständnis von Gesundheitskompetenz

Aufgrund der Resultate der vorliegenden Studie verstärkt sich die Annahme, dass bisherige Konzeptionalisierungen von Gesundheitskompetenz überdacht, und dass bei der Erforschung von Gesundheitskompetenz unterschiedlichsten Komponenten Beachtung geschenkt werden sollte (siehe Kapitel D-15.2.1). Auch wenn verschiedenste Definitionen von Gesundheitskompetenz existieren, so werden die Wenigsten der eigentlichen Komplexität von Gesundheitskompetenz gerecht (siehe Kapitel C-12). Verschiedene Konzeptionalisierungen (wie bereits in Kapitel C-9.3 diskutiert) berücksichtigen die *Spannweite (Reduktion auf den medizinischen Kontext)* und die *Facettenreichhaltigkeit (Reduktion auf Lese- (und Schreib)fähigkeit oder funktionale Kompetenzen)* von Gesundheitskompetenz nicht ausreichend. Die vorliegende Studie verdeutlicht, dass basierend auf einer umfassenden Definition (siehe Kickbusch und Maag, 2005; Kickbusch et al., 2005 und Kapitel C-9.3), Health Literacy nicht auf den medizinischen Kontext und nicht nur auf eine funktionale Ebene reduziert werden kann. Speziell für die Bereiche Ernährung, Bewegung und Gewicht, die im Alltag verankert sind, kommt der medizinische Kontext nur am Rande zum Tragen (siehe oben).

Die Studie hat versucht, Grenzen in der bisherigen Health Literacy Forschung zu adressieren und für die Bereiche Ernährung, Bewegung und Gewicht aufzuzeigen, in welchen Domänen des täglichen Lebens diese zum Tragen kommen (siehe Kapitel E-17). Integriert in die Domänendiskussion sind die von Kickbusch (Kickbusch et al.,

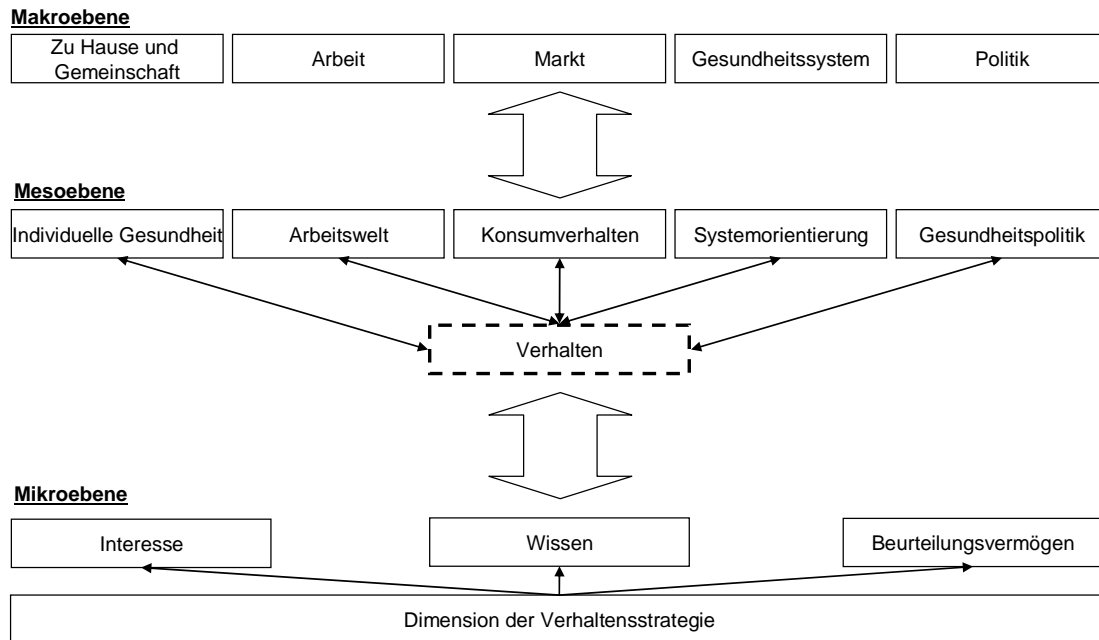
2005; siehe auch Kickbusch und Maag, 2005) vorgeschlagenen Handlungsfelder. Bisherige Forschungen zu Gesundheitskompetenz tragen der Vielfalt von möglichen Handlungsmöglichkeiten als Ausdruck von Kompetenz nicht Rechnung.

Die Komplexität von Gesundheitskompetenz spiegelt sich in den Resultaten der vorliegenden Studie ferner auf die Weise wieder, als dass zum detaillierten Verständnis von Gesundheitskompetenz für die Bereiche Ernährung, Bewegung und Gewicht zwei vielschichtige Modelle erarbeitet wurden (siehe Abbildung 36 und Abbildung 37). Es wurde deutlich, dass diese Modelle Gesundheitskompetenz auf einer *Mikroebene* konzeptionalisieren – neben den Erkenntnissen zur Spannweite von Gesundheitskompetenz auf einer *Makro-* oder *Mesoebene* – und umfassender, aber auch aussagekräftiger als bisherige Konzeptionalisierungen sind.

Die Debatte um die Grenzen von bisherigen Health Literacy Forschungen soll mit einer theoretischen Diskussion auf der Basis von neuen Übersichtsmodellen nochmals aufgenommen werden, um so die Thematik auf eine zweite Art zu verdeutlichen.¹²⁶ Wie bereits gesehen, ist die Komplexität von Gesundheitskompetenz auf verschiedenen Ebenen zu finden. Auf einer *Makroebene* ist die Diskussion der Domänen, in welchen Gesundheitskompetenz zum Tragen kommt, angesiedelt. Auf einer *Mesoebene* finden sich Überlegungen zu den sich an den Domänen anlehnenden Handlungsbereichen und auf einer *Mikroebene* siedeln sich Ausführungen zu Komponenten an, die Kompetenz sowie Verhalten *beschreiben* und *erklären*. Die verschiedenen Ebenen lassen sich in einem neuen, integrativen Modell zu Gesundheitskompetenz darstellen.

¹²⁶ Es ist an dieser Stelle nochmals anzumerken (siehe oben), dass eine theoretische Aufarbeitung der Resultate der vorliegenden Studie nicht den Anspruch erhebt, allgemeingültige Modelle hervorzubringen. Die im Folgenden präsentierten Modelle möchten lediglich in einer Übersicht verdeutlichen, welche Komponenten – aufgrund der Resultate der vorliegenden Studie – bei der Konzeption von Gesundheitskompetenz in Ernährung, Bewegung und Gewicht in Betracht gezogen werden sollten. Die Modelle erheben, aufgrund ihres Entstehens basierend auf einer qualitativen Forschung, keinen Anspruch auf Generalisierbarkeit. Wie bereits weiter oben diskutiert, sollten diese Grenzen der präsentierten Modelle aber nicht ausschliessen, dass sie in weiteren repräsentativen Studien zu Gesundheitskompetenz als Basis dienen könnten.

Abbildung 41: Health Literacy Modellintegration auf Makro-, Meso- und Mikroebene



Der Mehrwert dieses integrativen Modells liegt in der umfassenden Darstellung davon, wie die einzelnen Ebenen, auf denen Gesundheitskompetenz konzeptualisiert werden kann, miteinander zusammenhängen. Die Frage nach Gesundheitskompetenz für einen bestimmten Bereich – z.B. Ernährung – lässt sich demnach unter Beizug von unterschiedlichen Komponenten verschiedener Ebenen beantworten. Auf einer Mikroebene stellt sich die Frage nach den Komponenten, die diese Kompetenz *beschreiben* und *erklären*. Diese Kompetenz drückt sich in spezifischen Verhaltensweisen aus, die in unterschiedlichen Handlungsfeldern auf einer Mesoebene anzusiedeln sind und sich wiederum unterschiedlichen Domänen zuordnen. Zu Abbildung 40 stellen sich vor allem zwei Fragen: (1) Notwendigkeit der unterschiedlichen Domänen zum Verständnis von Gesundheitskompetenz, (2) Vollständigkeit der Domänen und der entsprechenden Handlungsfelder.

- (1) Die Domänen basieren auf der dieser Dissertation zugrunde liegenden Definition von Gesundheitskompetenz (siehe Kapitel C-8.3), die sich an die Ottawa Charter für Gesundheitsförderung anlehnt (WHO, 1986). Die unterschiedlichen Bereiche, in denen sich gesundheitliches Handeln laut dieser Charta abspielt, sind für die Definition von Gesundheitskompetenz zugezogen worden. Diese Domänen erweisen sich insofern als sinnvoll, als dass unterschiedliches Gesundheitsverhalten unterschiedlichen Bereichen zugeordnet und somit bei der Beschreibung von Gesundheitskompetenz systematisch vorgegangen werden kann (eine Verhaltensweise als Ausdruck von Kompetenz kann einer spezifischen Domäne beziehungsweise einem spezifischen Handlungsfeld zugeordnet werden). Diese Aussage setzt voraus, dass Gesundheitskompetenz – wie auch für die vorliegende Dissertation – als ein Konzept verstanden wird, welches Verhalten mit einschließt und sich Kompetenz demnach in einem spezifischen Gesundheitsverhalten ausdrückt.
- (2) Wie bereits unter Punkt (1) diskutiert, basieren die oben aufgelisteten Domänen auf einer speziellen Definition von Gesundheitskompetenz (siehe Kapitel C-8.3). Die Resultate der vorliegenden Studie bestätigten diese Domänen (siehe Kapitel E-16) und lassen keinen Verdacht auf Unvollständigkeit aufkommen. Die Domänen sind auf einer Abstraktionsebene formuliert, welche weitere mögliche Domänen, in welchen Gesundheitskompetenz zum Tragen kommen könnte, mit einschließen. Es wird jedoch in weiteren Studien zu untersuchen sein, ob doch noch weitere Domänen für Gesundheitskompetenz in Ernährung, Bewegung und Gewicht – oder auch generell – relevant sein könnten.

Die bisherigen Ausführungen haben gezeigt, wie Gesundheitskompetenz aufgrund der Resultate der vorliegenden Studie auf unterschiedlichen Ebenen konzeptionalisiert, beschrieben und erklärt werden könnte. Diese Erkenntnisse sollten nun in einem zweiten Unterkapitel dieses Interpretationsteils dazu beitragen zu diskutieren, was die Erkenntnisse des ersten Interpretationsteils sowie die Resultate der Studie generell für einen Beitrag dazu leisten, Gesundheitskompetenz in einem weiteren Schritt auch messen zu können.

(2) Beitrag der Studie zur Messung von Gesundheitskompetenz

Die Resultate der vorliegenden Studie und die sich daraus ergebenden Erkenntnisse könnten bei Überlegungen zur Messung von Gesundheitskompetenz beigezogen werden. Die Ausführungen in Kapitel C-10 verdeutlichten, dass existierende Messungen von Gesundheitskompetenz sich hauptsächlich – basierend auf den entsprechenden Definitionen des Konzepts – darauf konzentrieren, Lese- (und Schreib)fähigkeit in einem bestimmten Bereich, dem Gesundheitssystem, zu erfassen oder dass sie tendenziell funktional ausgerichtet sind. In diesem Sinne messen die meisten Studien nur einzelne Komponenten des oben präsentierten integrativen Health Literacy Modells (siehe Abbildung 40). Die bis zu diesem Punkt diskutierten Implikationen eines umfassenderen Verständnisses von Gesundheitskompetenz sollten sich jedoch auch in deren Messung niederschlagen.

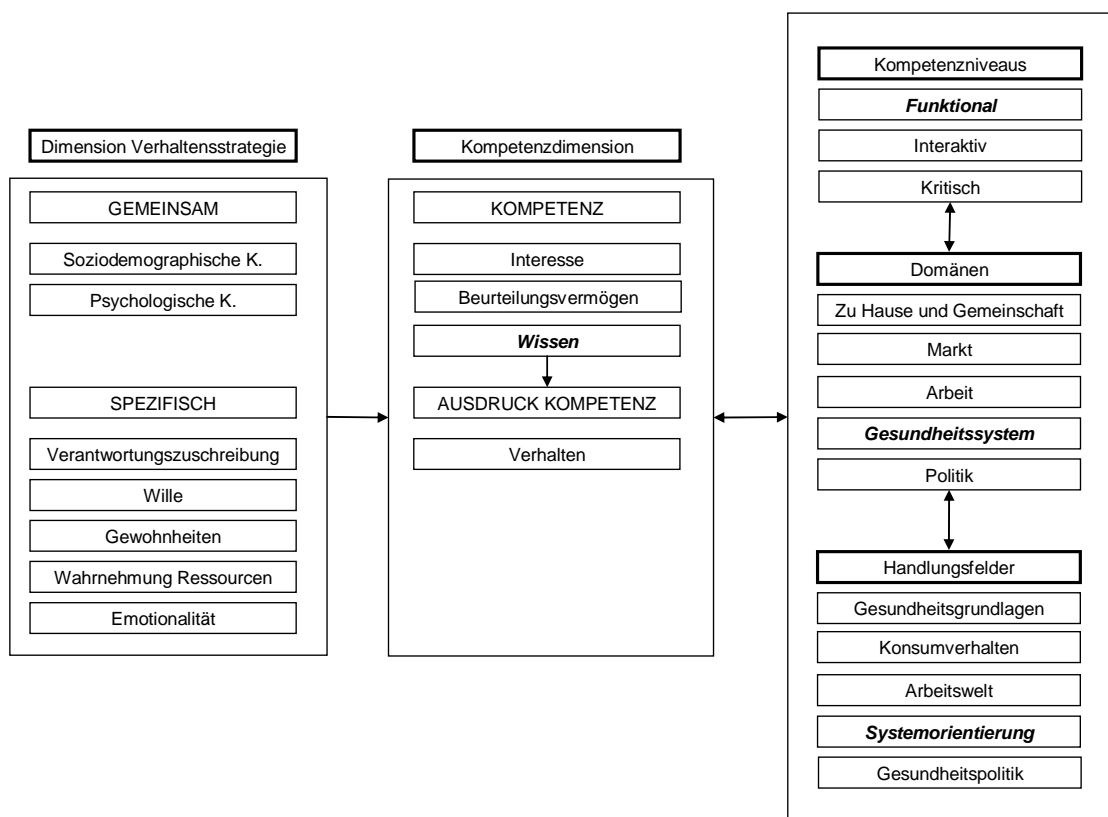
Es wird angenommen, dass anlehnend an die Diskussion der Domänen (siehe oben und Abbildung 40), in welchen Gesundheitskompetenz zum Tragen kommt, auch Messungen von Gesundheitskompetenz diesen gerecht werden sollten und Komponenten von Gesundheitskompetenz aus all den relevanten Handlungsfeldern und Domänen abzufragen sind. Für das Thema Ernährung könnte das beispielsweise heissen, Ernährungswissen und -Verhalten für die Domäne zu Hause und Gemeinschaft, relevant für den Handlungsbereich individuelle Gesundheit abzufragen.

Basierend auf den Resultaten der vorliegenden Studie liefern die Modellteile der Mikroebene (siehe Abbildung 36 und Abbildung 37) die meisten Informationen zur Entwicklung von Messinstrumenten zur Erhebung von Gesundheitskompetenz (Ernährung, Bewegung und Gewicht). Es wird angenommen, dass diese beiden Modelle die Komponenten aufzeigen, die zur Erfassung der eigentlichen Kompetenz und deren Ausdruck in Verhalten nötig sind. Es sind dies an erster Stelle die Komponenten *Wissen*, *Interesse*, *Beurteilungsvermögen* sowie *Gesundheitsverhalten*. Eine Kompetenz lässt sich jedoch nicht nur durch die vier zentralen Komponenten *beschreiben*, sondern auch durch individuelle, intrinsische Komponenten *erklären* (siehe oben). Es sind deshalb zusätzlich die Komponenten der Dimension der Verhaltensstrategie zu erfassen. Es wird

angenommen, dass nur durch die Messung der Komponenten von beiden Dimensionen ein umfassendes Bild von Gesundheitskompetenz entstehen kann.

Ein zweites, integratives Health Literacy Modell soll verdeutlichen, wie die einzelnen Modellteile (Abbildung 36, Abbildung 37 und Abbildung 40) zusammenhängen. Es soll als Referenzmodell zu Überlegungen bezüglich der Messung von Gesundheitskompetenz dienen.

Abbildung 42: Messung von Gesundheitskompetenz – integratives Referenzmodell



Im Modell werden die bisherigen Ausführungen graphisch ersichtlich und die Grenzen von bisherigen Messungen erkennbar (diese Messungen haben sich auf ganz spezifische

Elemente des gesamten Frameworks limitiert¹²⁷). Neben der Zusammenführung der oben erarbeiteten Modelle sind in Abbildung 41 Elemente des Health Literacy Modells von Don Nutbeam (2000) integriert, welche die Konzentration auf die funktionale Ebene von Gesundheitskompetenz in bisherigen Forschungen beheben sollen. Laut Nutbeam ist Gesundheitskompetenz nicht nur eine funktionale, sondern auch eine interaktive und eine kritische Kompetenz (siehe auch Kapitel C-9).

Neben einem Beitrag zur Messung von Gesundheitskompetenz helfen die Resultate der vorliegenden Studie auch, Überlegungen zur möglichen Förderung von Gesundheitskompetenz zu unternehmen. Diese Überlegungen seien im folgenden Unterkapitel 3 – Beitrag der Studie zur Förderung von Gesundheitskompetenz – dargestellt.

¹²⁷ Diese Elemente sind in der Abbildung fett/kursiv gedruckt.

(3) Beitrag der Studie zur Förderung von Gesundheitskompetenz

Wird in einer Befragung eine unzureichende Gesundheitskompetenz festgestellt, stellt sich auch die Frage nach deren Förderung. Wie in Kapitel C-11 gesehen, befassen sich (wenn auch nur wenige) Studien¹²⁸, hauptsächlich aus den USA und aus Kanada, mit Interventionen zur Förderung von Gesundheitskompetenz. Es wird angenommen, dass wenn Gesundheitskompetenz auf der Basis der oben aufgeführten Überlegungen gemessen wird, sich neue Perspektiven zur Förderung dieser Kompetenz ergäben. Denn wenn nach der Erfassung der Kompetenz nicht nur ersichtlich ist, was für ein Interesse, was für ein Beurteilungsvermögen oder was für ein Wissen jemand besitzt, sondern auch, welche intrinsischen Faktoren mit dieser Kompetenz verbunden sind, könnten gerade diese intrinsischen Faktoren Auskunft darüber geben, wo mit Interventionen zur Förderung der Gesundheitskompetenz angesetzt werden sollte.

In der Befragung wurde – basierend auf der Annahme (siehe Kapitel C-9), dass Gesundheitsinformation ein wichtiges Element von Gesundheitskompetenz ist – speziell auf die Rolle der Gesundheitskommunikation und des Informationsverhaltens bezüglich Ernährung, Bewegung und Gewicht eingegangen. Die detaillierte Analyse der Antworten auf diese Fragen zeigte, dass Gesundheitsinformationen bei den Befragten eine wichtige Rolle spielen im Zusammenhang mit Ernährung, Bewegung und Gewicht (siehe Kapitel D-15.2.2.1), dass aber unterschiedliche Typen verschiedenartig mit Gesundheitsinformationen umgehen (siehe Kapitel D-15.2.1). Neben Typ 1, welcher spezielle Prädispositionen – Empfänglichkeit für Information, Beurteilungsvermögen – im Zusammenhang mit Gesundheitsinformationen aufweist, kommen diese bei den Typen 2-4 unterschiedlich an.

Weiter werden verschiedene Informationsquellen von den Befragten in unterschiedlichem Masse genutzt und genießen mehr oder weniger Vertrauen (siehe Kapitel D-14.2.4). Im Zuge dieser Überlegungen wird die Rolle der

128 Diese Studien können drei unterschiedlichen Bereichen zugeordnet werden: (1) Kontrollierte Interventionsstudien, (2) Patientenbildung und Coaching, (3) Generelle Interventionen und Ratschläge zur Förderung von Gesundheitskompetenz.

Gesundheitskommunikation im Zusammenhang mit Gesundheitskompetenz ersichtlich und es wird angenommen, dass eine optimale Gestaltung von Gesundheitskommunikation, die sich an ihren Zielgruppen orientiert (an dieser Stelle dargestellt durch die unterschiedlichen Typen von Gesundheitskompetenz (siehe Kapitel D-15.2.1)), diesen Überlegungen nach eine Verbesserung von Gesundheitskompetenz herbeiführen könnte.

Gesundheitskommunikation ist die *Kunst* und Technik zur Information, Beeinflussung und Motivation bestimmter Empfängergruppen bezüglich ausgewählter Gesundheitsthemen (Parrott, 2004). Zentrale Elemente dieser Konzeption sind Beeinflussung und Überzeugung. Um jemanden mit kommunikativen Interventionen dazu zu motivieren, sein Verhalten zu ändern und im Alltag stichhaltige Entscheide für seine Gesundheit zu fällen, ist es jedoch zuerst nötig zu verstehen, wieso dieser sich in einer ganz bestimmten Weise verhält (siehe z.B. Fishbein et al., 2001; Baum et al., 2001). Für die Förderung von Gesundheitskompetenz würde das heißen, dass zuerst erfasst werden sollte, wie und wieso jemand mehr oder weniger kompetent mit der eigenen Bedürftigkeit umgeht (siehe Komponenten der Kompetenzdimension und der Dimension der Verhaltensstrategie, Kapitel D-15.2.2).

Überzeugende Kommunikation, ob für die Gesundheit, in der Politik oder für Haushaltsgeräte, basiert immer auf der Kombination von fünf spezifischen Elementen: Ziel, Quelle, Nachricht, Kanal und Empfänger (Hovland et al., 1953). Die Variationsmöglichkeiten dieser Elemente über eine Vielzahl von Situationen und Kontexten macht es häufig schwierig zu verstehen, wieso eine gewisse Kommunikation erfolgreich – im Sinne einer überzeugenden Wirkung beim Empfänger – verlaufen ist oder nicht (Leventhal und Cameron, 1994). Kontrollierte Studien in Kommunikation und Persuasation wurden vom *Yale Communication Research Program* unter der Leitung von Carl I. Hovland (Hovland et al., 1953) durchgeführt. In seinen Studien versuchte er genau diese Faktoren – Ziel, Quelle, Nachricht, Kanal und Empfänger – im Sinne ihrer Rolle und Effektivität im persuasiven Kommunikationsprozess zu untersuchen.

Bereits Hoveland (1953) verdeutlichte, dass für das Verständnis der Effekte eines Kommunikationsprozesses ein besonderer Fokus auf die Elemente *Quelle*, *Nachricht* und *Empfänger* zu legen ist. Die Daten der vorliegenden Studie bestätigen, dass, speziell für den Fall der Förderung von Gesundheitskompetenz, Quelle, Nachricht und Empfänger die drei zentralen Elemente des persuasiven Kommunikationsprozesses zu sein scheinen.

- (1) Konzentration auf spezifische Informationsquelle: Aus den Resultaten geht hervor, dass nur spezifische Quellen von den Befragten zur Information über Gesundheit (Ernährung, Bewegung und Gewicht) beigezogen werden. Von diesen Quellen genießt lediglich ein Teil das Vertrauen der Befragten (siehe Kapitel D-13.2).
- (2) Konzentration auf bestimmte Arten der Nachricht: Die Resultate der qualitativen Studie zeigen, dass die Befragten dieselben Nachrichten unterschiedlich wahrnehmen oder verstehen. Speziell die Idealtypisierung hat gezeigt, dass Informationen von unterschiedlichen Typen verschiedenartig aufgenommen, verarbeitet und umgesetzt werden (siehe Kapitel D-14.2.1).
- (3) Konzentration auf unterschiedliche Empfänger: Dieser Punkt ist eng mit Punkt (2) verbunden, denn die unterschiedliche Informationsverarbeitung der Typen ist auch von deren unterschiedliche Ausprägungen von weiteren Kompetenzkomponenten, speziell dem Wissen, abhängig (siehe Kapitel D-14.2.2).

Aufgrund dieser Ausführungen kann der Kommunikationsprozess als:

- a) eine maßgeschneiderte Information (2)
- b) durch die richtige Quelle vermittelte (1)
- c) die sich an Empfängercharakteristiken orientiert (3)

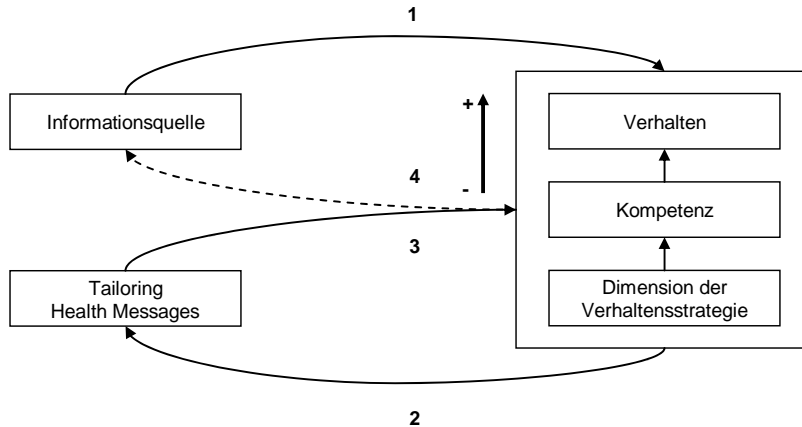
mit dem Ziel, Gesundheitskompetenz zu erhöhen, gesehen werden.

Forscher haben bis zum jetzigen Zeitpunkt unterschiedliche Wege zur Gestaltung von persuasiven Kommunikationsprozessen untersucht. Unter anderem erwiesen sich der

Tailoring Zugang (siehe z.B. Skinner et al., 1994) oder der Zugang des *Framing* (Rothman et al., 1992; Finney und Ianotti, 2002; McCarthy und Salovey, 2003; Dahinden, 2006) als interessant. Individuelle Unterschiede bei Empfängern stellen somit die Basis zur Gestaltung von Nachrichten dar, die dann auch tatsächlich eine persuasive Wirkung im Sinne einer Verhaltensänderung haben können (Orbell et al., 2004). Weitere individuelle Unterschiede wie Intelligenz, Selbstwertgefühl und Persönlichkeit sind laut McGuire (1986) zu berücksichtigen. Aus einer Health Literacy Perspektive ist im Zuge dieser Überlegungen die Tatsache interessant, dass kommunikative Interventionen zur Förderung von Gesundheitskompetenz sich hauptsächlich an einer Reihe von persönlichen, zum Teil einem Individuum intrinsischen Faktoren, orientieren sollten. Diese Faktoren sind unter anderem durch die Komponenten der Kompetenzdimension und Dimension der Verhaltensstrategie (siehe Abbildung 36 und Abbildung 37) gegeben. Die Resultate der vorliegenden Studie tragen somit zur Diskussion der Förderung von Gesundheitskompetenz durch Gesundheitskommunikation bei, indem sie auf einer Mikroebene Anhaltspunkte zur effektiven Gestaltung von Gesundheitsinformationen im Sinne des *Tailoring Health Messages* Ansatzes liefern. Der Prozess des Tailoring Health Messages, wie er zur Förderung von Gesundheitskompetenz relevant sein könnte, sei ansatzweise in der folgenden Abbildung dargestellt.¹²⁹

129 Die Ausführungen, die zu Tailoring Health Messages zur Förderung von Gesundheitskompetenz folgen, basieren auf theoretischen Überlegungen der Autorin und sind keine Resultate, die aus der qualitativen Analyse der vorliegenden Studie gewonnen werden konnten. Die Autorin erachtet diese Ausführungen dennoch als sinnvoll, da sie Anhaltspunkte für die Konzeption von Interventionsstudien zur Förderung von Gesundheitskompetenz durch massgeschneiderte Information liefern.

Abbildung 43: Tailoring Health Messages zur Förderung von Gesundheitskompetenz



Wenn eine bestimmte Informationsquelle einen persuasiven Kommunikationsprozess zur Förderung von Gesundheitskompetenz initiieren möchte, sollte sie sich an der Gesundheitskompetenz der zu beeinflussenden Personengruppen (Komponenten der Kompetenzdimension und der Dimension der Verhaltensstrategie (siehe Abbildung 36 und Abbildung 37)) orientieren (1). Diese Orientierung an der Gesundheitskompetenz der zu erreichenden Personengruppen fließt in den Prozess der Nachrichtengestaltung ein (2). Eine maßgeschneiderte Nachricht wird, abgestimmt auf die Empfänger, über einen bestimmten Kanal gesandt mit dem Ziel, die Gesundheitskompetenz einer Personengruppe zu erhöhen (3). Ist der persuasive Kommunikationsprozess erfolgreich, und die Gesundheitskompetenz der zu beeinflussenden Personengruppen hat sich erhöht, so sollte diese veränderte Gesundheitskompetenz in einer nächsten kommunikativen Intervention zur weiteren Förderung neu analysiert werden und der Prozess fängt wieder von vorne an (4).

Die Resultate der vorliegenden Studie leisten einen Beitrag zur Health Literacy Forschung in Ernährung, Bewegung und Gewicht. Wie sie diesen Beitrag leisten, geht aus den Resultaten in Kapitel D-15 sowie aus den bisherigen Ausführungen in diesem Interpretationskapitel hervor. Doch auch wenn durch die vorliegende Studie auf viele Fragen eine Antwort gegeben werden konnte, so stellen sich wiederum neue Fragen, die mit weiteren Studien beantwortet werden sollten.

(1) Es stellt sich die Frage nach der Konsolidierung verschiedener Konzeptionalisierungen von Gesundheitskompetenz und deren Einordnung in der gesamten Health Literacy Forschung. Die vorliegende Studie (siehe Kapitel D) und speziell die erarbeiteten Modelle von Gesundheitskompetenz (siehe Abbildung 36-40) könnten als Basis für solche weiteren Überlegungen dienen. Auf einer theoretischen Ebene sind Arbeiten bezüglich der Integration von unterschiedlichen, generalisierbaren Health Literacy Modellen wünschbar. In der vorliegenden Dissertation wurde versucht, auf eine Integration von unterschiedlichen Modellen hinzuarbeiten. Der Mehrwert dieser Modelle liegt im Moment jedoch noch nicht in der Generalisierbarkeit, sondern darin, dass sie die Komplexität der Thematik *Gesundheitskompetenz in Ernährung, Bewegung und Gewicht* veranschaulichen.¹³⁰ Durch die Integration von unterschiedlichen Modellen auf verschiedenen Ebenen sollte ein umfassendes Bild entstehen, welches tatsächlich zu einem besseren Verständnis von Gesundheitskompetenz beiträgt.

(2) Die vorliegende Studie liefert Anhaltspunkte für die Entwicklung eines Messinstrumentes zur Erfassung von Gesundheitskompetenz in Ernährung, Bewegung und Gewicht (siehe Abbildung 41: Diese Abbildung listet die Elemente, die aufgrund der Resultate der vorliegenden Studie zur Entwicklung eines Messinstruments für Gesundheitskompetenz in Ernährung, Bewegung und Gewicht beigezogen werden sollten). Die Entwicklung von spezifischen Messitems wird in einem nächsten Schritt die Aufgabe einer Validierungsstudie sein, die sich das Testen von spezifischen Health Literacy Fragen zum Ziel setzt. Auf der Basis von getesteten Fragen werden wiederum konkrete Studien zur Erfassung von Gesundheitskompetenz in Ernährung, Bewegung und Gewicht möglich sein.

(3) Es wird die Aufgabe einer nächsten Studie sein, Gesundheitskompetenz in einem großen Rahmen zu testen. Nur eine repräsentative Befragung – hier illustriert am Beispiel der Schweiz – kann Aussagen über den Stand von Gesundheitskompetenz bei Schweizerinnen und Schweizern machen. Unter der Annahme, dass die erarbeiteten

130 Auf die Vor- und Nachteile dieses Vorgehens wurde in den vorangehenden Kapiteln bereits eingegangen.

Modelle zu Gesundheitskompetenz (siehe Abbildung 36 und Abbildung 37, oder Abbildung 41) als Basis für eine repräsentative Befragung beigezogen werden könnten, wird eine solche Befragung neben Aussagen zum Stand der Gesundheitskompetenz (Kompetenzdimension) auch Aussagen über Komponenten machen können, die Gesundheitskompetenz in unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen beeinflussen und erklären (Dimension der Verhaltensstrategie). Weiter könnte dann eine repräsentative Studie Aufschluss darüber geben, ob die im Rahmen der vorliegenden Studie erarbeiteten Idealtypen zu Gesundheitskompetenz halten oder allenfalls aufgrund von neuen Erkenntnissen revidiert werden müssen.

(4) Neben einer repräsentativen Erhebung könnten kontrollierte Interventionsstudien Aufschluss darüber geben, wie Gesundheitskompetenz in speziellen Bereichen gefördert werden kann. An dieser Stelle wird nicht von Interventionsstudien generell, sondern von kommunikativen Interventionen zur Förderung von Gesundheitskompetenz gesprochen.¹³¹ Auf einer Mikroebene könnten kommunikative Interventionen, die sich an den Komponenten der erarbeiteten Modelle (siehe Abbildung 36 und Abbildung 37) orientieren, Aufschluss darüber geben, wie im Sinne von *Tailoring Health Messages* wirksames Informationsmaterial zur Förderung von Gesundheitskompetenz aussehen sollte.

Dieses zweite Unterkapitel des Interpretationsteils hat sich damit beschäftigt zu diskutieren, inwiefern die Resultate der vorliegenden Studie einen Beitrag dazu leisten, Gesundheitskompetenz besser zu verstehen, allenfalls messen und fördern zu können. Es ging darum zu diskutieren, ob neue Erkenntnisse in die aktuelle Health Literacy Diskussion eingebracht werden könnten. Was bisher noch nicht diskutiert wurde ist die Frage, inwiefern die Erkenntnisse aus der vorliegenden Studie weiterhelfen, die Themen Ernährung, Bewegung und Gewicht (oder auch Ernährungs- und Bewegungsverhalten) besser zu verstehen, das heißt besser erklären zu können, wieso sich gewisse Menschen

131 Diese Aussage basiert auf den obigen Ausführungen speziell zu Tailoring Health Messages und der generellen Ausrichtung der vorliegenden Dissertation.

allenfalls „gesünder“ ernähren oder „mehr“ bewegen als andere. Diese Fragen seien im nächsten Kapitel E-19 aufgenommen.

19 Ernährung, Bewegung und Gewicht

Die bis zum jetzigen Zeitpunkt diskutierten Resultate werfen die Frage auf, ob die aus ihnen gewonnenen Erkenntnisse tatsächlich gewinnbringend in die aktuelle Diskussion über Ernährung, Bewegung und Gewicht in der Schweiz – die damit verbundenen Problematiken wurden als Ausgangspunkt der vorliegenden Studie aufgeführt – eingebracht werden können. Helfen die Erkenntnisse im Sinne eines vertieften Verständnisses von Gesundheitskompetenz in Ernährung, Bewegung und Gewicht, die sich stellenden Probleme eines zunehmenden Bewegungsmangels und einer zunehmend schlechten Ernährung in der Schweizer Bevölkerung zu adressieren? Ist Gesundheitskompetenz, neben anderen Modellen und Theorien aus den Gesundheitswissenschaften oder aus der Gesundheitskommunikation¹³² ein neuer Ansatz, der in der Gesundheitsförderung zur Förderung des Gesundheitsverhaltens eingesetzt werden kann? Dieses Kapitel diskutiert diese Fragen und nimmt damit Bezug auf die in den Kapiteln A und B dargestellten Problematiken, bezogen auf das Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Schweizer Bevölkerung.¹³³

In den Gesundheitswissenschaften und speziell in der Gesundheitsförderung werden unterschiedliche Ansätze aus der Gesundheitssoziologie, der Gesundheitspsychologie oder aus der Gesundheitskommunikation angewandt, um spezifische Interventionen zur Förderung eines gesunden *Verhaltens* (z.B. gesunde Ernährung, genügend Bewegung) zu planen und durchzuführen.¹³⁴ Speziell die in der Einleitung skizzierten Lern- und Persönlichkeitstheorien werden in der Gesundheitsförderung immer wieder beigezogen, um das Gesundheitsverhalten von bestimmten Personengruppen besser zu verstehen und es dann auch in eine positive Richtung zu beeinflussen.

132 Siehe hierzu auch die Ausführungen in Kapitel A-4.1 und A-4.2.

133 Die vorliegende Studie sah keine Evaluation von konkreten Massnahmen der Gesundheitsförderung vor, sondern konzentriert sich auf eine Diskussion der Theorien, die traditionellerweise der Gesundheitsförderung mit dem Ziel, ein verbessertes Ernährungs- und Bewegungsverhalten zu erreichen, zugrunde liegen.

134 Die folgende Diskussion bezieht sich auf die Gesundheitsförderung in der Schweiz, wobei sie ebenso auf die Diskussion der Gesundheitsförderung in anderen Ländern ausgedehnt werden könnte.

Diese Theorien erheben den Anspruch, besser erklären zu können, wieso sich Menschen z.B. in einer bestimmten Weise ernähren oder bewegen. Sie tun dies, indem sie sich auf behavioristische und informationsorientierte Komponenten konzentrieren. Diese Komponenten sind mitunter auch Teil des in der vorliegenden Doktorarbeit erarbeiteten Health Literacy Modells (siehe Abbildung 36 wie Abbildung 37).

Bandura (1986) erklärt z.B., wie gesundheitsförderndes Verhalten durch soziale Beeinflussung entstehen kann. Die Komponente soziale Einflüsse der Dimension der Verhaltensstrategie (siehe Kapitel D-15.2.2.2) findet so in der Literatur eine Bestätigung. Denn sie sagt aus, dass jemand, der sozialen Einflüssen wehrlos ausgeliefert ist, negative Folgen für die Gesundheit erfährt, wobei derjenige, der mit sozialen Einflüssen verarbeitend umgeht, keine negativen Folgen für seine Gesundheit verspürt. Die Resultate der vorliegenden Studie weisen darüber hinaus darauf hin, dass die Wirkung der sozialen Beeinflussung bei unterschiedlichen Typen verschieden sein könnte (siehe Kapitel D-15.2.1 und Kapitel D-15.2.2.2). Die weiteren von Bandura definierten personalen und kognitiven Faktoren wie *Lernen durch Beobachtung*, *Handlungsaussichten* und *Eigenständigkeit* finden sich in mehr oder weniger ausgeprägter Form im erarbeiteten Health Literacy Modell wieder, jeweils – nach dem Verständnis von Bandura – in Typ 1. Typ 1 lernt im kontinuierlichen Prozess der Reflexion von neuen Informationen und Umständen und dem sich reziprok beeinflussenden Prozess von Wissen – Informationsverhalten (Lernen durch Beobachtung) (siehe Kapitel E-17), er sieht konkrete Handlungsmöglichkeiten, setzt seinen Willen zur Gesundheit um (positive Handlungsaussichten) und ist eigenständig im Umgang mit seiner Gesundheit, das heißt, er übernimmt Verantwortung für seine Gesundheit und schreibt diese nicht Drittinstanzen zu (Eigenständigkeit) (siehe Kapitel D-15.2.2.2).

Neben Bandura finden sich die erarbeiteten Modellkomponenten (siehe Abbildung 36 und Abbildung 37) auch in Ajzen und Fishbein (1980) wieder. In der Theorie des geplanten Verhaltens nimmt die Verhaltensabsicht eine zentrale Rolle ein. Diese Variable findet sich in einer bestimmten Form in den Komponenten Bedeutung der

Gesundheit und Wille zur Gesundheit wieder (siehe Kapitel D-15.2.2.2). Denn eine Verhaltensabsicht, die zu einer wirklichen Verhaltensänderung führt, ist die von Typ 1, der in seiner Gesundheit so viel sieht, dass diese ein Grund zu einem bestimmten Verhalten oder gar einer Verhaltensänderung sein könnte.

Elemente der Theorie der gesundheitlichen Überzeugung (Strecher und Rosenstock, 1997) finden sich ebenfalls in den erarbeiteten Modellen zu Gesundheitskompetenz. Typ 1 wird durch die Argumentation dieser Theorie bestärkt, welche aussagt, dass die Wahrscheinlichkeit von individuellem, gesundheitsförderndem Handeln davon abhängt, ob jemand für ein bestimmtes Thema *empfänglich* ist, *Folgen für die eigene Gesundheit* sieht, *Handlungsmöglichkeiten wahrnimmt* und einen *Nutzen erwartet*. Typ 1 ist durch seine Einstellung zur Bedeutung von Gesundheit für das Thema Gesundheitsförderung empfänglich, sieht durch sein Wissen und seine Risikowahrnehmung die Folgen eines gesundheitsfördernden Verhaltens für die Gesundheit und nimmt Handlungsmöglichkeiten wahr. Die Theorie der gesundheitlichen Überzeugung unterstreicht mit ihren zentralen Variablen in diesem Sinne die erarbeiteten Modelle zu den Idealtypen (siehe Kapitel D-15.2.2.2) bezüglich Gesundheitskompetenz.

Neben den Lern- und Persönlichkeitstheorien fragen Stress- und Bewältigungstheorien (siehe Kapitel A-4.1) nach den Faktoren, die einen Menschen gesund halten oder danach wieso einige Menschen besser mit so genannten *Stressoren* umgehen als andere. Auch diese Theorien tragen dazu bei, die Relevanz der erarbeiteten Modelle zu unterstützen. Während Typ 1 besser mit Stressoren (wie z.B. sozialen Einflüssen oder einer übermäßigen Informationsflut – hier im Zusammenhang mit Ernährung, Bewegung und Gewicht) – umgehen kann, sind es die Typen 2-4, die im Sinne der Stress- und Bewältigungstheorien nicht genügend Ressourcen zu einem gesundheitsfördernden Verhalten aufweisen. Unter optimalen Ressourcen für ein gesundheitsförderndes Verhalten werden an dieser Stelle die Ausprägungen der Komponenten der Verhaltensstrategie (siehe Kapitel D-15.2.2.2) von Typ 1 gesehen. Diese favorisieren wie in Abbildung 38 dargestellt, *Wissen*, *Interesse* und *Beurteilungsvermögen* von Typ 1. Sind nun die Komponenten der Dimension der Verhaltensstrategie nicht in der

Version Typ 1 vorhanden, so stehen die Ressourcen zur Wissensbildung und zu einem Informationsverhalten (Interesse und Beurteilungsvermögen) im Sinne von Gesundheitskompetenz auch nicht zur Verfügung.

Aus den auf der Basis der vorliegenden Studie erarbeiteten Modellen zu Gesundheitskompetenz in Ernährung, Bewegung und Gewicht ist weiter ersichtlich, dass die Ausprägungen von unterschiedlichen Komponenten, die zu einem besseren Verständnis von Gesundheitskompetenz beitragen, auch mit demographischen Komponenten verbunden sind und somit eine Verbindung zwischen Persönlichkeitsmerkmalen und der Gesundheit im Lebenslauf hergestellt wird. Dies ist ganz im Sinne der Sozialisationstheorien zu Gesundheit (siehe Kapitel A-4.1.2), welche – sich an das Salutogenesemodell anlehnend – aussagen, dass gesellschaftliche wie auch Personenmerkmale gemeinsam die Persönlichkeitsbildung und damit auch die Gesundheitskompetenz in einer Person in ihrem Leben beeinflussen.

Die Ausführungen der letzten Paragraphen verdeutlichen, dass mit einzelnen Theorien aus den Gesundheitswissenschaften jeweils Aspekte eines komplexen Health Literacy Modells erklärt oder ansatzweise verdeutlicht werden können. Aufgrund dieser Überlegungen kann angenommen werden, dass die einzelnen vorgestellten Theorien zwar ihren Beitrag zu einem Verständnis von Gesundheitsverhalten leisten, dass dieses Verhalten jedoch eigentlich durch eine Vielzahl von Komponenten beeinflusst ist, die miteinander in komplexer Wechselwirkung stehen.

Die erarbeiteten Modelle zu Gesundheitskompetenz (siehe Abbildung 36 und Abbildung 37) versuchen, diese Komplexität *in einem ersten Schritt* zu fassen, indem sie etwas genau über die Komponenten aussagen, die *zusammen* zu einem besseren Verständnis von Gesundheitsverhalten und Gesundheit in Betracht gezogen werden sollten und so in die Praxis der Gesundheitsförderung integriert werden könnten.¹³⁵

¹³⁵ Diese Aussage basiert auf Annahmen, welche aufgrund der Resultate der qualitativen Untersuchung gemacht werden können. Welche Komponenten wie wichtig sind, geht nicht aus den erarbeiteten Modellen hervor. Die Modelle sagen weiter noch nichts darüber aus, wie die einzelnen

Es ist an dieser Stelle noch einmal kurz auf die Komponenten Gesundheitsverhalten im Zusammenhang mit Gesundheitskompetenz einzugehen. Wie bereits weiter oben diskutiert ist Gesundheitsverhalten nicht mit Gesundheitskompetenz gleichzusetzen, eine hohe Gesundheitskompetenz sich dennoch unter anderem in Gesundheitsverhalten und erhöhter Gesundheit ausdrückt. Diesen Überlegungen zufolge kann Gesundheitskompetenz tatsächlich als eine neue und umfassende Determinante von Gesundheit gesehen werden, welche unterschiedliche Komponenten aus traditionellen Theorien der Gesundheitswissenschaften (siehe oben) umfasst.

Wie bereits mehrmals angedeutet, stellen die erarbeiteten Modelle zum jetzigen Zeitpunkt integrative *Bezugsmodelle* für die Weiterentwicklung von Modellen dar, die im Sinne einer Erarbeitung von spezifischen Wirkungsketten, Gesundheitskompetenz und deren beeinflussende Faktoren weiterführend und generalisierbar beschreiben und erklären können.

Auf die im Eingang dieses Kapitels definierten Fragen zurückkommend, könnte das Konzept der Gesundheitskompetenz, wie es in der vorliegenden Dissertation für die Bereiche Ernährung, Bewegung und Gewicht erarbeitet wurde, in der Gesundheitsförderung helfen, die sich stellenden Probleme eines zunehmenden Bewegungsmangels sowie einer zunehmenden Fehlernährung in der Schweiz zu adressieren. Gesundheitskompetenz könnte als ein neuer Orientierungsrahmen in der praktischen Arbeit der Gesundheitsförderung zur positiven Beeinflussung z.B. des Ernährungs- oder Bewegungsverhaltens in der Schweiz gesehen werden. Die erarbeiteten Health Literacy Modelle (siehe Abbildung 26 bis 41) könnten bei der konkreten Lokalisierung von Problemen¹³⁶ oder als Bezugsrahmen für die Erarbeitung von Interventionen zur Förderung des Gesundheitsverhaltens bei Individuen dienen.

Komponenten im Detail zueinander stehen. Bis jetzt konnten lediglich Hinweise für die Wirkungskette Dimension der Verhaltensstrategie → Wissen, Interesse und Beurteilungsvermögen (Kompetenzdimension) → Gesundheitsverhalten aufgezeigt werden (siehe Abbildung 38).

¹³⁶ Unter der Annahme, dass Gesundheitskompetenz als eine neue, zentrale Determinante der Gesundheit (indirekt über Gesundheitsverhalten) gesehen werden kann und sich somit die Förderung

Es ist jedoch anzumerken, dass für eine konkrete Anwendung der erarbeiteten Modelle das Konzept im Sinne von weiteren Forschungen, wie in Kapitel E-17 und E-17 aufgezeigt, in verschiedenen Aspekten noch zu vertiefen ist.

Das Interpretationskapitel hat mit einer Ausweitung der Diskussion rund um die Resultate der vorliegenden Studie zum Thema Gesundheitskompetenz in Ernährung, Bewegung und Gewicht auf einige Modelle und Theorien der Gesundheitswissenschaften seinen Abschluss gefunden. So hat dieses letzte Kapitel die Resultate der im Rahmen dieser Dissertation durchgeführten Studie nochmals aufgenommen und von unterschiedlichen Gesichtspunkten neu diskutiert. Die Resultate der Studie leisten demnach einen Beitrag zur Health Literacy Forschung, indem sie helfen, Gesundheitskompetenz für bestimmte Gesundheitsbereiche besser zu verstehen und Hinweise für die Messung oder Förderung von Gesundheitskompetenz liefern. Die erarbeiteten, integrativen Modelle, welche darstellen, wie Health Literacy auf verschiedenen Ebenen konzeptionalisiert werden kann, helfen die Komplexität von Gesundheitskompetenz zu fassen, indem sie alle – aufgrund der qualitativen Analyse erarbeiteten – Komponenten aufzeigen, die zu einem umfassenden Verständnis von Gesundheitskompetenz beigezogen werden sollten.

Neben einer Diskussion von interessanten und neuen Erkenntnissen und fundierten Ausführungen zum Beitrag der Resultate der vorliegenden Studie bezüglich der Health Literacy Forschung sei der Leser in einem letzten Kapitel (siehe Kapitel 20) auch auf die Grenzen der vorliegenden Studie aufmerksam gemacht.

von Gesundheitskompetenz z.B. in einem verbesserten Ernährungs- und Bewegungsverhalten ausdrückt.

20 Grenzen der vorliegenden Forschung

Auch wenn die vorliegende Studie interessante Ergebnisse zu einem besseren Verständnis von Gesundheitskompetenz aufzeigt und Hinweise für die Annahme der Hypothese „*the need to retailer health information*“ liefert, so bestehen doch eine Reihe von Grenzen, auf die in diesem letzten Unterkapitel eingegangen wird. Zum einen gehen – in einem positiven Sinn – Grenzen der vorliegenden Studie aus den oben formulierten, weiterführenden Forschungsfragen hervor. Zum anderen sei an dieser Stelle auf vier Diskussionspunkte aufmerksam gemacht, welche die Aussagekraft der Resultate dieser Dissertation einschränken. Die Grenzen wurden in drei unterschiedliche Kategorien eingeteilt:

- (1) Grenzen durch den Fokus der Studie
- (2) Grenzen durch den generellen Stand der Health Literacy Forschung
- (3) Grenzen durch die Methodik der Studie
- (4) Grenzen durch das verwendete Rahmenmodell von Gesundheitskompetenz

(1) Grenzen durch den Fokus der Studie

Der Fokus der vorliegenden Studie lag auf der Aufarbeitung von Gesundheitskompetenz in Ernährung, Bewegung und Gewicht. Die Stichprobe der Befragten bestand dabei aus Schweizerinnen und Schweizern. Es wurde nicht darauf eingegangen, was Gesundheitskompetenz für weitere Gesundheitsbereiche oder weitere Stakeholdergruppen wie die Politik, die Wirtschaft, die Bildung oder die Gesellschaft allgemein heißt. Die vorliegende Studie ist in diesem Sinne dahingehend begrenzt, als sie nicht im Detail auf unterschiedliche Gesundheitsbereiche oder einzelne Systeme eingegangen ist. Es können also an dieser Stelle keine fundierten Aussagen darüber gemacht werden, was Gesundheitskompetenz in unterschiedlichen Gesundheitsbereichen heißt und wie diese erklärt werden kann. Es wird jedoch angenommen, dass die Konzeption von Gesundheitskompetenz, wie sie in der vorliegenden Dissertation für Ernährung, Bewegung und Gewicht erarbeitet wurde, auch auf andere Gesundheitsbereiche übertragbar ist.

(2) Grenzen durch den generellen Stand der Health Literacy Forschung

Die vorliegende Studie weist einen *explorativen* Charakter auf. Dies ist hauptsächlich durch den gegenwärtigen Stand der Health Literacy Forschung zu erklären, die noch in ihren Anfängen steckt. Wie in Kapitel C gesehen, hat sich die wissenschaftliche Diskussion zu Gesundheitskompetenz lange (und teilweise heute noch) darauf konzentriert zu untersuchen, welcher Zusammenhang zwischen Lese- (und Schreib)fähigkeit von Patienten und Gesundheit (oder Gesundheitsverhalten) besteht. Es folgten Konzeptionalisierungen von Health Literacy, welche berücksichtigten, dass es sich dabei um eine funktionale Kompetenz handelt und dass es weiter darum geht, wie Patienten sich im Gesundheitskontext „kompetent“ bewegen. Weitere Definitionen sahen in Gesundheitskompetenz mehr als nur eine *Literacy* oder funktionale Kompetenz limitiert auf das Gesundheitssystem. Es ist an dieser Stelle noch einmal die Definition von Kickbusch und Maag hervorzuheben, welche verdeutlicht, dass Gesundheitskompetenz eine Alltagskompetenz ist, die uns in unserem Leben immer begleitet (Kickbusch und Maag, 2005; Kickbusch et al., 2005). Diese Ausführungen verdeutlichen nur noch einmal die Notwendigkeit, Klarheit in dieses Feld von unterschiedlichen Definitionen und einer uneinheitlichen Konzeption von Gesundheitskompetenz zu bringen. Es geht weiter hervor, dass auch die Notwendigkeit besteht, Gesundheitskompetenz auch außerhalb des medizinischen Kontextes zu verstehen.

Vor diesem Hintergrund war es demnach nötig, das Thema Gesundheitskompetenz – für die spezifischen Gesundheitsthemen Ernährung, Bewegung und Gewicht – von Grund auf zu erarbeiten, was den *explorativen* Charakter der Studie begründet. Diese explorative Eigenschaft der Studie muss nicht zwingend als eine Grenze gesehen werden. Es ist lediglich darauf hinzuweisen, dass die Resultate auch im Sinne dieses explorativen Charakters interpretiert werden sollten. Die gefundenen Komponenten zur Beschreibung von Gesundheitskompetenz stellen *mögliche* Komponenten dar, wie diese auch die Komponenten für die Erklärung von Gesundheitskompetenz tun. Sie stellen interessante Hinweise für das Vorhandensein von unterschiedlichen Komponenten von Gesundheitskompetenz in verschiedenen Ausprägungen dar und es können *Annahmen über die Verbindungen* zwischen den Komponenten gemacht, jedoch nicht eindeutig

belegt werden. So führten die erarbeiteten Komponenten zur Beschreibung und Erklärung von Gesundheitskompetenz zur Definition von vier Idealtypen bezüglich eines mehr oder weniger kompetenten Umgangs mit der Ernährung oder der Bewegung, die jedoch lediglich einen *indikativen* Charakter aufweisen. Wie bereits in diesem Kapitel weiter oben angedeutet, wird es die Aufgabe von weiteren Untersuchungen und Studien sein, die erarbeiteten Idealtypen zu validieren und in ihrer Form aufgrund von repräsentativen Befragungen zu bestätigen.

(3) Grenzen durch die Methodik der Studie

Eine weitere Grenze ist aufgrund des methodologischen Vorgehens in der vorliegenden Studie gegeben (siehe Kapitel D-13). Diese Grenze ist nicht im Sinne einer minderen Qualität der angewandten Methodologie im Vergleich zu anderen Vorgehensweisen anzusehen, sondern als eine Grenze, welche sich auf die Aussagekraft der Resultate auswirkt. Die Grenzen durch die Methodik der Studie sind unterschiedlichen Schritten im Forschungsprozess zuzuordnen:

(a) Theoretische Aufarbeitung Health Literacy ohne Bezug auf Gesundheitswissenschaften (z.B. Gesundheitssoziologie oder Gesundheitspsychologie)

Wie bereits in Kapitel A-3.3 angetönt beschränkte sich die vorliegende Studie auf eine theoretische Aufarbeitung der Literatur der Health Literacy Forschung – welche in sich bereits ein breites Gebiet ist – und streifte nur am Rande das große Feld der Gesundheitswissenschaften. Dies hatte zur Folge, dass z.B. Elemente aus Theorien und Modellen der Gesundheitspsychologie oder auch der Gesundheitssoziologie nur am Rande in die im Rahmen dieser Studie durchgeführten empirische Untersuchung einfließen, wodurch interessante Elemente verloren gegangen sein könnten. Das Ziel dieser Studie war es jedoch, aufgrund von qualitativen Interviews das Konzept der Gesundheitskompetenz besser zu fassen und allenfalls neue Komponenten zu finden und nicht bekannte Komponenten zur Erklärung von Gesundheit (oder Gesundheitsverhalten) in einem anderen Rahmen (im Rahmen von Gesundheitskompetenz) neu zu bestätigen. Diese Überlegungen erklären den fehlenden direkten Bezug in der theoretischen

Aufarbeitung von Gesundheitskompetenz in Kapitel C sowie im halbstrukturierten Interviewleitfaden zu Modellen und Theorien aus den Gesundheitswissenschaften.

(b) Sampling Methode

Stichprobentheoretische Überlegungen, wie z.B. die Frage der Repräsentativität, spielen bei der Durchführung von qualitativen oder halb-strukturierten Interviews (so wie sie auch für die vorliegende Studie durchgeführt wurden) eine untergeordnete Rolle (Lamnek, 2005). Gewisse Autoren gehen sogar so weit zu sagen, dass methodischen Überlegungen über das Sampling in der qualitativen Forschung generell weniger beachtet werden (Denzin und Lincoln, 1994). Weiter kann an dieser Stelle vorausgeschickt werden, dass was bei quantitativen Untersuchungen ein methodisches Problem ist – die Stichprobenziehung – sich bei qualitativen Untersuchungen zu einem inhaltlich-interpretativen Problem wandelt (Flick, 2004).

Entgegen einer quantitativen Forschungsstrategie, welche auch eine statistische Repräsentativität des Untersuchungskollektivs anstrebt, ging es bei der Stichprobenwahl für die vorliegende qualitative Studie nicht darum, generalisierbare Resultate zu erreichen. Es ging vielmehr darum, ein aufgrund von definierten Auswahlkriterien ausgesuchtes Kollektiv an Personen zu befragen, Die Auswahl der Personen sollte die für die vorliegende Untersuchung relevanten sowie die aus der Health Literacy Forschung bekannten demographischen Dimensionen berücksichtigen um Aussagen im Sinne von *Existenzaussagen* möglich zu machen (Flick, 2004).

Eigentlich wäre in diesem Falle, da die qualitative Forschung eben nicht im Sinne der quantitativen Methodologie generalisieren möchte (Kelle und Kluge, 1999), für die vorliegende Studie eine kleinere Stichprobe als eine in der Größe von 100 wünschenswert gewesen. Da das Design der Studie jedoch auch von extern vorgegeben war¹³⁷, wurde von der Autorin eine Kompromisslösung gesucht und eine Stichprobe in

137 Das Design der Studie war durch den Auftraggeber Gesundheitsförderung Schweiz (siehe: www.gesundheitsfoerderung.ch) gegeben. Der Auftrag lautete zur Durchführung von 100 halbstrukturierten Interviews.

der Größe von 100 Personen, im Sinne eines qualitativen Stichprobenplans (Lamnek, 2005), mit dem Schneeballprinzip gezogen. Das Schneeballverfahren stellte sicher, dass die für die Studie relevanten demographischen Dimensionen (Schweizer Sprachregionen, Altersgruppen und soziale Schicht) berücksichtigt wurden und die Angemessenheit der Stichprobe für die theoretische Fragestellung der Studie sichergestellt werden konnte. Das Schneeballverfahren gewährleistete weiter, dass durch die Interviewerinnen Zugang (Flick, 2004) zu den wichtigen und richtigen Personen, die den Gegenstand der Untersuchung bilden sollten, garantiert war. Die Auswahl der Fälle verlief nach Morse (1994) nach dem Prinzip der primären Selektion.

Das beschriebene Verfahren der Stichprobenwahl ist auch mit Schwächen verbunden, auf welche im Folgenden eingegangen wird. Durch die vorgegebene große Stichprobe war es nicht möglich, wie in der qualitativen Forschung sonst gebräuchlich, ein theoretisches Sampling durchzuführen (Glaser und Strauss, 1967; Glaser und Strauss, 1979), das heißt die zu befragenden Personen nach Kriterien, welche sich im Forschungsprozess der qualitativen Analyse ergeben, auszusuchen. Eine Anzahl von 100 durchzuführenden Interviews ließ aber auch keine zufällige Stichrobenauswahl zu oder diese wäre durch eine doch geringe Größe nicht aussagekräftig gewesen (siehe oben).

Die Autorin entschloss sich diesen Überlegungen nach für die Auswahl der Stichprobe nach dem Schneeballverfahren: Die für die Datenerhebung ausgesuchten Interviewerinnen suchten sich ihre Interviewpartner nach vordefinierten Kriterien (die für die Studie relevanten demographischen Dimensionen – Schweizer Sprachregionen, Altersgruppen und soziale Schicht – wurden berücksichtigt) selber aus. Eine Einschränkung war, dass sie die befragten Personen nicht kennen durften.

Gleichgültig, ob es sich um quantitative oder qualitative Forschung handelt, ist die Güte der Stichprobe ausschlaggebend. Das heißt, dass so genannte theoretisch relevante Verzerrungen ausgeschlossen werden sollten (Lamnek, 2005). Durch die oben beschriebene Stichprobenwahl besteht jedoch die Gefahr, dass eine verzerrte Gruppe von Personen – eine sehr spezifische Gruppe von Personen – befragt wurde, nämlich eine

Gruppe, die der Gruppe der rekrutierten Interviewerinnen gleicht. Denn speziell in der Durchführung qualitativer und halb-strukturierter Interviews spielt fast immer der informelle Kontakt zu den untersuchten Personen oder Gruppen eine wichtige Rolle bei der Auswahlentscheidung. Die Autorin kann deshalb nicht eindeutig ausschließen, dass die informellen Kontakte der Interviewerinnen die Wahl der zu befragenden Personen nicht ausschlaggebend beeinflusste oder – in umgekehrter Richtung argumentiert – dass diese informellen Kontakte so weitreichend und umfassend waren, dass alle relevanten Aspekte (Handlungs- und Deutungsmuster) in der definitiv untersuchten Stichprobe vorhanden waren (Lamnek, 2005).

Dieser Befürchtung kann durch die Beschreibung der Stichprobe ein wenig entgegengewirkt werden, denn die Beschreibung zeigt (siehe Kapitel D-13.3), dass die Stichprobe über mehrere für die Autorin wichtige Dimensionen (Schweizer Sprachregionen, Altersgruppen und soziale Schicht) ausgeglichen ist. Die Grenzen der Stichprobenwahl nach dem Schneeballverfahren (keine zufällige Stichprobe, Gefahr der Analyse einer speziellen Gruppe) können nicht ganz weg diskutiert werden. Die Resultate der Analyse sind in diesem Sinne vor dem Hintergrund der suboptimalen Stichprobenauswahl zu sehen.

(c) Eingeschränkte Berücksichtigung der Regeln des qualitativen Forschungsprozesses

Durch das vorgegebene Forschungsdesign¹³⁸ durch den Auftraggeber konnte in der vorliegenden Studie nicht nur nach den Regeln der qualitativen Forschung vorgegangen werden, was Auswirkungen auf die Resultate der Studie sowie deren Aussagekraft hat. Als erstes wurden mehr Interviews als in einer rein qualitativen Studie durchgeführt, was bedeutete, dass die Autorin die Interviews nicht selber durchführen konnte. Sie hatte also keinen direkten Kontakt mit den Befragten und kann die Aussagen der Befragten, welche sie nur aufgrund von Zusammenfassungen der Interviewerinnen erhielt, nicht im Detail interpretieren. Die Autorin war somit nicht in die Realität der Befragten einbezogen und kannte diese Realität nur durch die Beschreibung der Interviewerinnen, was einen

138 Siehe Fussnote 135.

limitierenden Einfluss auf die Datenanalyse hatte. Weiter fand die Datensammlung nicht wie in einer rein qualitativen Studie üblich in einem iterativen Prozess statt, sondern es wurden alle 100 Interviews auf ein Mal, immer mit demselben Forschungsinstrument, durchgeführt. Dies bedeutet, dass das Forschungsinstrument nicht laufend an die reelle Situation der Befragten angepasst wurde. Die Interviews sind demnach stark durch eine theoretische Annahme von Gesundheitskompetenz, welche von der theoretischen Aufarbeitung des Konzepts in Kapitel C her rührt, beeinflusst. Somit weist die Datenerhebung im Sinne einer ausgedehnten Sichtweise des qualitativen Forschungsprozess Grenzen auf, welche sich auf die Analyse der Daten sowie auch auf die Resultate der Studie auswirkten. Die Auswirkungen auf die Analyse der gesammelten Daten seien im nächsten Unterkapitel dargestellt.

(d) Tiefe und Art der Analyse

Wie in Punkt (c) bereits dargestellt, folgte die Datensammlung (durch die für eine qualitative Studie große Stichprobe) nicht den Regeln einer rein qualitativen Studie. Das Resultat der Datensammlung waren durch die Interviewerinnen zusammengefasste Interviews. Durch diesen Prozess der Zusammenfassung der Interviews gingen sicherlich Informationen zu den Befragten sowie auch unterschiedliche Nuancen der Aussagen verloren und konnten von der Autorin im Analyseprozess nicht mehr hergestellt werden. Die Analyse beschränkte sich demnach darauf, auf einer nicht allzu detaillierten Ebene, Komponenten von Gesundheitskompetenz (siehe Beschreibung Analyseprozess in Kapitel D-15.2.1) zu erarbeiten. Die Autorin stellte damit sicher, dass Sie keine nicht vorhandenen Fakten und Gegebenheiten in die Daten hinein interpretierte. Dadurch könnte der Eindruck entstehen, die Analyse sei nicht fein genug gestaltet und die erarbeiteten Idealtypen wären zu ungenau spezifiziert. Durch das oben beschriebene Forschungsdesign sowie die damit verbundenen Einschränkungen in der Datensammlung (als Grundlage für die Datenbasis) war es jedoch nicht möglich, die Interpretation der Daten auf einer feineren Analyseebene anzusiedeln. Die erarbeiteten Idealtypen von Gesundheitskompetenz sind somit vor diesem Hintergrund zu sehen.

Generell gesehen kann gesagt werden, da es sich bei dieser Studie um eine qualitative Studie¹³⁹ handelt, dass zum jetzigen Zeitpunkt noch keine generalisierbaren Aussagen zu Gesundheitskompetenz in Ernährung, Bewegung und Gewicht in der Schweiz gemacht werden können. Es bestehen Hinweise dafür, dass die Befragten vier unterschiedlichen Idealtypen zugeordnet werden können, in welchem Verhältnis diese unterschiedlichen Idealtypen jedoch in der Schweizer Bevölkerung vorherrschen, wird erst nach einer quantitativen, repräsentativen Befragung zum Thema möglich sein.

(4) Grenzen durch das verwendete Rahmenmodell von Gesundheitskompetenz

Die vorliegende Dissertation erarbeitete in einer qualitativen Studie, was Gesundheitskompetenz in Ernährung, Bewegung und Gewicht heisst. Zu diesem Zweck wurde mit einer Definition und einem Modell von Gesundheitskompetenz gearbeitet, welche erstmals von Kickbusch und Maag im Jahre 2005 in die Health Literacy Diskussion eingeführt wurden.

Nach der Definition von Kickbusch und Maag ist Gesundheitskompetenz die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken – zu Hause, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem und in der Gesellschaft ganz allgemein. Gesundheitskompetenz stärkt eine Person in der Selbstbestimmung und in ihrer Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit zu Gesundheitsfragen und verbessert die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und somit Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen (Kickbusch und Maag, 2005; Kickbusch et al., 2005).

139 Wie in Kapitel D-13 beschrieben, handelte es sich bei der vorliegenden Studie nicht um eine rein qualitative Studie. Anders als in einer solchen Studie wurden im Interviewleitfaden (halbstrukturiert) quantifizierbare Fragen aufgenommen und es wurden mehr Interviews durchgeführt, als in einer rein qualitativen Studie üblich. Diese Vorgehensweise begründet sich durch das Ziel dieser Studie, nämlich der Erarbeitung von Gesundheitskompetenz in bestimmten Themen für die Schweiz. Die Studie versuchte, ein breites Thema, welches ansatzweise schon in vorbereitenden, vertieften Interviews und theoretisch erarbeitet wurde, für eine relativ grosse Gruppe (Schweizerinnen und Schweizer) zu konzeptionalisieren. Aus diesen Gründen scheint die gewählte Vorgehensweise sinnvoll zu sein.

Während der intensiven Arbeit mit der obigen Definition wurde deutlich, dass die Definition auf der einen Seite durchaus Chancen zu einem besseren und umfassenderen Verständnis von Gesundheitskompetenz bietet, auf der anderen Seite Probleme aufweist, welche sich durch andere Definitionen nicht ergeben würden. Die beiden Hauptprobleme der obigen Definition liegen in zwei Punkten. Zum einen ist die Definition als ein Übersichtsmodell zu verstehen (siehe Punkt (a)), zum anderen ist nicht ganz klar, was *Entscheidungskompetenz* (siehe Punkt (b)) genau bedeutet. Die beiden Punkte (a) und (b) seien im Folgenden diskutiert.

(a) Die Definition als Bezugsrahmen

Die Definition von Kickbusch und Maag (2005) ist sehr weit gefasst. Sie versucht, vor dem Hintergrund einer Public Health Perspektive, wichtige Domänen und Handlungsfelder zusammenzufassen, in welchen Kompetenz – Gesundheitskompetenz – dann erst zum tragen kommt.¹⁴⁰ Dies kann als Vorteil des Modells gesehen werden, denn wie die Diskussion unterschiedlicher Health Literacy Modelle in Kapitel C-9 zeigte, haben bisherige Konzeptionen von Gesundheitskompetenz nicht die Spann- und Tragweite des Konzepts eingeschlossen.

Das Modell positioniert sich klar als Übersichtsmodell und will nicht mit anderen Modellen in Konkurrenz treten, welche auf einer feineren und genaueren Ebene versuchen, Gesundheitskompetenz zu beschreiben und zu erklären. Aber auch wenn sich das Modell klar als Übersichtsmodell positioniert, kommt genau an dieser Stelle ein erster Schwachpunkt des Modells zum Vorschein. Es ist mit der Definition von Kickbusch und Maag nicht möglich zu verstehen, welche individuellen Komponenten in welcher Form zur Beschreibung von Gesundheitskompetenz beitragen. Dies wurde vor allem auch während der Arbeit der im Rahmen dieser Dissertation durchgeführten Studie deutlich. Die Analyse der Daten und die Herausarbeitung der Komponenten der Kompetenzdimension sowie der Dimension der Verhaltensstrategie (siehe Kapitel 15) erwies sich, anlehnend an das Rahmenmodell von Kickbusch und Maag (2005),

¹⁴⁰ Siehe eine kritische Diskussion der Domänen von Gesundheitskompetenz in Kapitel E-17 bis E-19.

schwierig. Es muss jedoch an dieser Stelle auch hervorgehoben werden, dass mit dem Wissen, dass es sich beim Modell Kickbusch und Maag (2005) um ein Rahmenmodell handelt, von der Autorin auch nicht erwartet wurde, schon klar definierte Dimensionen von Gesundheitskompetenz zur Bestätigung zur Verfügung zu haben. Es ging vielmehr darum herauszufinden, wie man den Rahmen des Modells Kickbusch und Maag (2005) mit konkreten Inhalten auf einer individuellen Ebene, füllen könnte. Das Resultat waren die beiden Dimensionen (Kompetenzdimension und Dimension der Verhaltensstrategie (siehe Kapitel 15), welche versuchen, das Rahmenmodell von Kickbusch und Maag auf einer individuellen Ebene zu füllen (siehe Kapitel 17).

Andere Modelle, wie z.B. das Modell von Schulz und Nakamoto (siehe Kapitel C-9.3.2) sind speziell auf der individuellen Ebene bereits viel deutlicher ausgearbeitet. Aus der Definition von Schulz und Nakamoto (2005) geht z.B. genau hervor, dass Gesundheitskompetenz auf Lese- und Schreibkompetenz aufbaut und dass unterschiedliche Arten von Wissen dazu beitragen, dass eine Person als mehr oder weniger gesundheitskompetent eingeschätzt werden kann.

(b) Gesundheitskompetenz als Entscheidungskompetenz

Kickbusch und Maag (2005) definieren Gesundheitskompetenz als eine *Entscheidungskompetenz*, das heißt, eine gesundheitskompetente Person muss vor allem informierte, der Gesundheit förderliche Entscheidungen treffen können. In diesem Teil hebt sie sich klar von anderen Definitionen und Modellen ab, welche zum einen sagen, Gesundheitskompetenz sei eine wissensbasierte, also einem Individuum eigene, Kompetenz (Schulz und Nakamoto, 2005) oder Gesundheitskompetenz sei eine Handlungskompetenz (Abel, 2007). Während der Arbeit an der im Rahmen dieser Dissertation durchgeführten Studie zeigte sich, dass es nicht ganz einfach ist zu definieren, was nun eine gesundheitskompetente Entscheidung ist, und wo die Grenzen zu Wissen auf der einen und effektivem Handeln auf der anderen Seite anzusiedeln sind. Kickbusch und Maag (2005) definieren zwar unterschiedliche Kompetenzbereiche, in welchen sich eine Person, wenn sie gesundheitskompetent sein möchte, zu bewegen verstehen sollte, sie definieren jedoch nicht klar, ob eine Person nur *wissen und*

verstehen oder auch *handeln* sollte. Auch in diesem Sinne ist das Modell von Kickbusch und Maag (2005) wieder als ein Referenz- und Übersichtsmodell zu sehen, welches auf einer weiteren Ebene aufzeigt, wo Kompetenz und/oder kompetentes Handeln gefragt ist, aber nicht genau aufzeigt, was auf einer Individuellen Ebene genau geschehen muss.

Zusammenfassend kann aus den beiden letzten Paragraphen (a) und (b) gesagt werden, dass das Modell von Kickbusch und Maag ein Referenzmodell zu Gesundheitskompetenz darstellt, welches auf einer Makro- und einer Mesoebene Gesundheitskompetenz beschreibt. Es erhebt keinen Anspruch darauf genau zu definieren, welche personalen Variablen zu einem besseren Verständnis von Gesundheitskompetenz auf einer individuellen Ebene zum tragen kommen. Genau hier kann das Modell kritisiert werden – es lässt Interpretationsspielraum. Die Resultate der hier durchgeführten Studie versuchen, diese Lücke des Modells auf einer individuellen Eben zu füllen, jedoch mit einem explorativen Charakter.¹⁴¹

Die Chancen des Modells von Kickbusch und Maag (2005) sieht die Autorin demnach in seiner Qualität als Referenzmodell, welches weiteren und anderen Modellen, die versuchen, Gesundheitskompetenz auf einer individuellen Ebene zu verstehen und zu definieren, Platz lässt. Optimal integriert können sich das Modell von Kickbusch und Maag (2005) und andere Modell, z.B. das Modell von Schulz und Nakamoto (2005) gewinnbringend ergänzen. Die Chancen von anderen Modellen (siehe auch hier z.B. Schulz und Nakamoto (2005) zeigen ganz klar die Grenzen des Modells Kickbusch und Maag (2005), nämlich die mangelnde Klarheit zur Bedeutung von *Entscheidungskompetenz* und der nicht ausdefinierten individuellen Komponenten von Gesundheitskompetenz.

141 Zur Diskussion der erarbeiteten Modelle siehe das gesamte Interpretationskapitel E.

Zusammenfassung

Die vorliegende Dissertationsarbeit hat sich theoretisch intensiv mit dem Thema Gesundheitskompetenz auseinandergesetzt und in einer empirischen, qualitativen Studie Komponenten von Gesundheitskompetenz in Ernährung, Bewegung und Gewicht erarbeitet. Das Thema der Gesundheitskompetenz, für diese Dissertation verstanden als die Fähigkeit, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken, entwickelte sich über die letzten Jahre von einem limitierten Verständnis (Lese- (und Schreib)fähigkeit oder funktionale Kompetenz) bis hin zu einem Konzept, welches auch so genannte *Life Skills* mit einschließt.

Die theoretische Aufarbeitung der Entwicklungen in der Definition, Messung und Förderung von Gesundheitskompetenz in Kapitel C hat gezeigt, dass eine weit reichende Schwierigkeit in der Health Literacy Forschung mitunter darin besteht, dass an verschiedenen Stellen zu unterschiedlichen Zeitpunkten wohl von Gesundheitskompetenz gesprochen, jedoch nicht das Selbe darunter verstanden wird. Es kam und kommt demnach zu Unschärfen bei der Konzeptionalisierung, welche sich dann auch in Studien zur Operationalisierung und Messung von Health Literacy oder in Interventionsstudien zur Förderung von Gesundheitskompetenz niederschlagen.

Die im Rahmen dieser Dissertation durchgeführte Studie hat gezeigt, dass bei der Konzeption und Definition von Gesundheitskompetenz in unterschiedlichen Gesundheitsbereichen (Ernährung, Bewegung und Gewicht), neben den schon bekannten Komponenten von Gesundheitskompetenz wie Wissen oder Einstellungen ganz bestimmten Komponenten Beachtung geschenkt werden sollte.

Zwei Modelle stellen diese Komponenten, welche zur *Beschreibung* und *Erklärung* von Gesundheitskompetenz in Ernährung, Bewegung und Gewicht beigezogen werden sollten, graphisch und integrativ dar.¹⁴² Die Komponenten, welche zur Beschreibung von Gesundheitskompetenz dienen (Interesse, Wissen, Beurteilungsvermögen, Verhalten),

¹⁴² Siehe Abbildung 36 und Abbildung 37.

wurden der *Kompetenzdimension* zugeordnet, während die Komponenten zur Erklärung von Gesundheitskompetenz (Generation, Lebenszyklus, Soziale Einflüsse, Risikowahrnehmung, Genuss, Bedeutung der Gesundheit, Verantwortung, Wille, Wahrnehmung von Ressourcen, Gewohnheit und Emotionalität) der *Dimension der Verhaltensstrategie* angehören.

Es wird angenommen, dass diese beiden Dimensionen in einem Ursachen-Wirkungs-Verhältnis miteinander stehen, wobei die Dimension der Verhaltensstrategie erklärt, wieso jemand mehr oder weniger kompetent mit der eigenen Bedürftigkeit umgeht.

Mit Hilfe dieser Komponenten können vier unterschiedliche, idealtypische Möglichkeiten eines mehr oder weniger kompetenten Umgangs mit der eigenen Bedürftigkeit erarbeitet werden. Diese vier Möglichkeiten sind in vier Idealtypen von Gesundheitskompetenz beschrieben.

(1) Der *gesundheitskompetente* Typ mit einem großen Interesse an Ernährung, Bewegung und Gewicht, das sich in seinem fundierten Wissen ausdrückt. Durch sein großes Beurteilungsvermögen kann er auch mit Gesundheitsinformationen gut umgehen.

(2) Der *normale* Typ mit einem mittelmäßigen Interesse an Ernährung, Bewegung und Gewicht, das sich auch in einem lediglich mittelmäßigen Wissen ausdrückt. Durch suboptimales Beurteilungsvermögen kann er Gesundheitsinformationen nicht immer einschätzen und zeichnet sich demnach auch durch sein inkonsistentes Verhalten aus.

(3) Der *Gewohnheitstyp* interessiert sich tendenziell nicht für Ernährung, Bewegung und Gewicht und besitzt dadurch auch nur das Wissen, das er sich aus der Überlieferung im Alltag angeeignet hat. Er kann Gesundheitsinformationen kaum beurteilen, wobei sein Verhalten automatisch gesund sein kann, meistens jedoch ungesund ist.

(4) Der *ignorante* Typ interessiert sich überhaupt nicht für Ernährung, Bewegung und Gewicht und besitzt demzufolge auch kein Wissen. Durch das fehlende Wissen hat er auch kein Beurteilungsvermögen und verhält sich im Alltag ungesund.

Gesundheitskompetenz lässt sich aufgrund der Analyse jedoch nicht nur mit unterschiedlichen Komponenten beschreiben und erklären, oder durch unterschiedliche Idealtypen veranschaulichen, sondern auch auf verschiedenen Ebenen konzeptionalisieren. Ein weiteres Resultat der Studie ist demnach die Zuweisung von unterschiedlichen Komponenten von Gesundheitskompetenz auf unterschiedlichen Ebenen.

(1) *Makroebene*: Domänen, in welchen Gesundheitskompetenz zum Tragen kommt (zu Hause und Gemeinschaft, Arbeit, Gesundheitssystem, Markt, Politik).

(2) *Mesoebene*: Handlungsbereiche, in welchen sich mehr oder weniger Kompetenz ausdrückt (Kompetenzbereiche persönliche Gesundheit, Arbeitswelt, Systemorientierung, Konsumverhalten, Gesundheitspolitik)

(3) *Mikroebene*: Komponenten, die mehr oder weniger Kompetenz beschreiben (Kompetenzdimension) und erklären (Dimension der Verhaltensstrategie).

Diesen Ausführungen nach kann Gesundheitskompetenz in einem ersten Schritt nicht als etwas beschrieben werden, dass eine Person entweder besitzt oder nicht, und sie kann auch nicht auf einem Kontinuum von 0% - 100% Gesundheitskompetenz angeordnet werden. Es geht vielmehr darum, dass es unterschiedliche Arten gibt, wie jemand mit unterschiedlichen Gesundheitsthemen (im vorliegenden Fall mit Ernährung, Bewegung und Gewicht) umgeht, und dieser Umgang drückt sich in unterschiedlichen Arten oder Ausprägungen von Gesundheitskompetenz aus. In einem zweiten Schritt kann die Beschreibung von Gesundheitskompetenz nicht nur auf einer individuellen Ebene geschehen, sondern diese Beschreibung muss sich auf eine Meta- wie auf eine Makroebene ausdehnen, um das gesamte Konzept der Gesundheitskompetenz zu fassen. Die Resultate der vorliegenden Studie zeigen auf, wie Gesundheitskompetenz auf

unterschiedlichen Ebenen (Mikro-, Meta- und Makroebene) auf unterschiedliche Weise (Idealtypen 1-4) gefasst und definiert werden kann.

F – Anhang

21 Vorbereitende Interviews

Nummer	Datum	Ort
1	11. Juli 2005	Luzern
2	27. Juni 2005	Basel
3	28. Juni 2005	Liestal
4	29. Juni 2005	Bubendorf
5	30. Juni 2005	Lampenberg
6	30. Juni 2005	Luzern
7	1. Juli 2005	Aarau
8	1. Juli 2005	Sissach
9	2. Juli 2005	Lausen
10	4. Juli 2005	Lugano
11	4. Juli 2005	Lugano
12	5. Juli 2005	Lugano
13	6. Juli 2005	Lugano
14	7. Juli 2005	Lugano
15	7. Juli 2005	Lugano
16	8. Juli 2005	Lugano
17	9. Juli 2008	Neggio
18	11. Juli 2005	Bubendorf
19	13. Juli 2005	Bubendorf
20	14. Juli 2005	Bubendorf
21	14. Juli 2005	Liestal
22	15. Juli 2005	Muttenz
23	18. Juli 2005	Liestal
24	21. Juli 2005	Lugano
25	28. Juli 2005	Liestal
26	30. Juli 2005	Basel

22 Halbstrukturierte Interviews

22.1 Liste Interviewpartner

N	Sex	Gewicht	Verheiratet	Beruf	Sozial	G-K	B-U	Alter	Datum	Ort	Int	Sprache
1	1	2	1	1	4	2	1	46	11.10.2005	Zürich - Affoltern	CM	d
2	1	3	1	1	3	1	1	28	13.10.2005	Zürich - Oerlikon	CM	d
3	2	3	2	2	2	1	1	25	19.10.2005	Zürich -Uni	CM	d
4	1	3	2	2	1	2	2	24	20.10.2005	Zürich - Wollishofen	CM	d
5	2	3	2	1	1	0	1	37	24.10.2005	Zürich - City	CM	d
6	1	3	1	1	3	0	2	77	16.11.2005	Zürich - Oerlikon	CM	d
7	1	3	2	2	3	1	1	22	21.11.2005	Zürich - Oerlikon	CM	d
8	1	4	2	2	3	1	1	25	22.11.2005	Zürich - Oerlikon	CM	d
9	2	0	0	0	0	0	0	37	23.11.2005	Dübendorf	CM	d
10	2	4	2	1	3	2	2	25	25.11.2005	Basel	CM	d
11	1	4	1	2	3	1	1	62	10.10.2005	Adligenswil	KB	d
12	1	3	1	1	2	1	1	49	10.10.2005	Adligenswil	KB	d
13	2	2	1	1	3	1	1	41	10.10.2005	Luzern	KB	d
14	2	3	1	1	4	1	1	61	12.10.2005	Emmenbrücke	KB	d
15	2	3	2	1	3	1	1	27	12.10.2005	Zug	KB	d
16	2	4	2	2	2	1	2	21	17.10.2005	Luzern	KB	d
17	1	3	2	1	3	2	1	20	18.10.2005	Luzern	KB	d
18	1	4	2	2	4	1	2	20	18.10.2005	Luzern	KB	d
19	2	3	1	2	2	1	1	67	21.10.2005	Luzern	KB	d

N	Sex	Gewicht	Verheiratet	Beruf	Sozial	G-K	B-U	Alter	Datum	Ort	Int	Sprache
20	1	3	1	2	3	1	2	56	31.10.2005	Meggen	KB	d
21	1	3	1	2	3	1	1	23	13.09.2005	Rotkreuz	SW	d
22	1	3	1	1	1	1	1	54	26.09.2005	Hildisrieden	SW	d
23	1	4	2	1	4	1	1	39	27.09.2005	Luzern	SW	d
24	1	3	2	2	2	2	2	72	27.09.2005	Meggen	SW	d
25	2	4	3	1	3	1	2	23	28.09.2005	Buchrain	SW	d
26	2	3	1	1	2	1	1	45	04.10.2005	Meggen	SW	d
27	2	2	2	1	1	1	1	62	05.10.2005	Küssnacht a.R	SW	d
28	1	4	2	1	3	1	1	20	06.10.2005	Buchrain	SW	d
29	1	1	1	2	2	1	1	74	06.10.2005	Cham	SW	d
30	2	2	1	1	2	1	1	44	11.10.2005	Adligenswil	SW	d
31	2	2	2	1	2	1	2	29	12.10.2005	Luzern	SW	d
32	2	3	1	1	0	1	1	46	12.10.2005	Luzern	SW	d
33	2	3	2	1	3	2	2	29	12.10.2005	Zug	SW	d
34	1	3	1	1	1	2	1	53	20.10.2005	Meggen	SW	d
35	1	2	2	1	2	1	2	33	29.10.2005	Gossau	SW	d
36	1	4	2	2	2	1	1	21	04.10.2005	Wil	BF	d
37	2	3	2	1	2	1	1	23	10.10.2005	Rickenbach	BF	d
38	2	3	2	2	4	1	2	22	10.10.2005	Zuzwil	BF	d
39	1	4	1	1	2	1	1	30	12.10.2005	Züberwangen	BF	d
40	1	3	1	1	2	1	1	54	19.10.2005	Rickenbach	BF	d

N	Sex	Gewicht	Verheiratet	Beruf	Sozial	G-K	B-U	Alter	Datum	Ort	Int	Sprache
41	1	4	2	2	2	1	1	20	30.10.2005	Balgach	BF	d
42	1	2	1	2	1	1	1	48	31.10.2005	Zuzwil	BF	d
43	2	3	1	1	3	1	1	63	01.11.2005	Zuzwil	BF	d
44	1	2	1	1	3	1	1	51	05.11.2005	Sommeri	BF	d
45	1	4	1	2	3	1	1	70	05.11.2005	Zuzwil	BF	d
46	2	3	1	1	2	1	1	37	12.11.2005	Hinwil	BF	d
47	1	3	2	2	3	2	1	79	13.11.2005	Heerbrugg	BF	d
48	1	4	1	1	3	1	1	44	13.11.2005	Balgach	BF	d
49	2	3	2	1	2	1	1	25	19.11.2005	St.Gallen	BF	d
50	2	3	1	1	3	1	1	48	20.11.2005	Kobelwald	BF	d
51	2	2	1	1	2	1	1	55	22.09.2005	Aubonne	TA	f
52	1	2	2	1	2	1	1	30	27.09.2005	Morges	TA	f
53	1	2	1	1	2	1	1	51	27.09.2005	Bougy	TA	f
54	2	3	1	1	0	2	1	31	28.09.2005	Montherod	TA	f
55	1	1	1	1	4	2	1	45	15.10.2005	Aubonne	TA	f
56	2	3	1	2	2	2	1	61	19.10.2005	Vinzel	TA	f
57	1	1	1	2	3	2	1	62	20.10.2005	Aubonne	TA	f
58	2	2	1	2	2	2	2	65	20.10.2005	Aubonne	TA	f
59	1	4	2	1	2	1	1	32	21.10.2005	Genève	TA	f
60	2	2	2	1	3	1	1	27	22.10.2005	Genève	TA	f
61	1	3	2	2	2	2	1	62	28.10.2005	Aubonne	TA	f

N	Sex	Gewicht	Verheiratet	Beruf	Sozial	G-K	B-U	Alter	Datum	Ort	Int	Sprache
62	1	4	1	1	3	2	1	59	29.10.2005	Féchy	TA	f
63	1	3	1	2	1	2	1	59	29.10.2005	Neuchâtel	TA	f
64	2	2	1	1	1	2	1	47	30.10.2005	Chez-le-Bart	TA	f
65	2	1	1	2	3	2	2	51	31.10.2005	Aubonne	TA	f
66	1	4	2	1	2	1	1	42	31.10.2005	Genève	TA	f
67	1	1	1	2	2	1	1	26	01.11.2005	Lausanne	TA	f
68	2	3	2	1	2	1	1	30	16.11.2005	Neuchâtel	TA	f
69	2	2	1	2	2	2	2	85	17.11.2005	Lavigny	TA	f
70	1	3	2	1	2	2	1	28	17.11.2005	Morges	TA	f
71	2	2	2	1	3	1	1	29	17.11.2005	Aubonne	TA	f
72	2	2	1	1	1	1	1	46	18.11.2005	Morges	TA	f
73	1	2	1	2	2	2	1	71	25.11.2005	Féchy	TA	f
74	1	4	2	2	2	1	1	20	26.11.2005	Neuchâtel	TA	f
75	2	4	2	1	2	2	1	34	26.11.2005	Neuchâtel	TA	f
76	1	2	1	2	2	2	2	36	22.10.2005	Agno	SW	i
77	2	1	2	1	2	1	1	34	27.10.2005	Lugano	SW	i
78	1	3	2	1	3	2	1	23	01.11.2005	Breganzona	SW	i
79	2	2	2	1	2	1	2	28	06.11.2005	Breganzona	SW	i
80	1	4	2	2	2	2	1	40	13.11.2005	Torricella	SW	i
81	1	2	2	2	1	1	1	24	16.11.2005	Lugano	SW	i
82	2	2	1	2	2	1	1	66	18.11.2005	Agno	SW	i

N	Sex	Gewicht	Verheiratet	Beruf	Sozial	G-K	B-U	Alter	Datum	Ort	Int	Sprache
83	1	3	1	1	2	1	1	59	22.11.2005	Breganzona	SW	i
84	2	3	2	1	3	2	2	25	23.11.2005	Breganzona	SW	i
85	2	2	1	1	2	2	2	53	24.11.2005	Breganzona	SW	i
86	1	3	2	1	2	1	1	26	04.10.2005	Lugano	MC	i
87	1	4	1	1	3	1	1	41	08.10.2005	Lugano	MC	i
88	2	4	2	2	2	1	1	24	09.10.2005	Lugano	MC	i
89	1	2	1	1	3	2	2	52	12.10.2005	Lugano	MC	i
90	2	3	2	1	2	1	1	27	14.10.2005	Lugano	MC	i
91	1	3	1	1	3	1	1	38	20.10.2005	Davesco	MC	i
92	2	2	2	1	3	1	1	28	24.10.2005	Lugano	MC	i
93	2	3	2	2	1	1	1	21	28.10.2005	Lugano	MC	i
94	1	2	2	2	3	1	1	18	21.11.2005	Davesco	MC	i
95	2	2	1	1	3	2	2	48	23.11.2005	Davesco	MC	i
96	1	3	1	1	3	1	1	49	23.11.2005	Davesco	MC	i
97	2	3	1	1	3	1	1	59	23.11.2005	Davesco	MC	i
98	1	3	2	2	3	1	1	21	02.12.2005	Lugano	MC	i
99	1	3	2	2	3	1	1	20	13.12.2005	Lugano	MC	i
100	1	3	2	2	2	1	1	21	13.12.2005	Lugano	MC	i

22.2 Legende Liste Interviewpartner

22.2.1 Interviewerinnen

(CM) Christina Maag, Universität Zürich

(KB) Katrin Brunner, Università della Svizzera italiana

(SW) Simona Waldburger, Università della Svizzera italiana

(BF) Bettina Feurer, Università della Svizzera italiana

(TA) Tatiana Amaudruz, Università della Svizzera italiana

(MC) Marina Cogo, Università della Svizzera italiana

22.2.2 Geschlecht

(1) Weiblich

(2) Männlich

22.2.3 Verheiratet, Beruf, G-K (Gesundheit- Krankheitsorientiert), B-U (Bewusst – Unbewusst)

(1) Ja

(2) Nein

(0) Keine Antwort/keine Einschätzung

22.2.4 Gewicht

(1) Sehr schwer

(3) Mittelschwer (Normal)

(0) Keine Einschätzung

(2) Schwer

(4) Leicht

22.2.5 Soziale Schicht

(1) Hoch

(3) Normal

(0) Keine Einschätzung

(2) Mittel

(4) Niedrig

22.3 Interviewleitfaden Deutsch

Einleitung durch Interviewer

Interviewnummer _____
Interviewer _____
Datum _____
Ort _____

GESUNDHEITSVERHALTEN

1. Ernährung

(INT: Darauf achten dass der Interviewpartner so antwortet, wie er die Sätze für sich definiert)

- 1) Ich esse viele Früchte, viel Gemüse und Salat
- 2) Ich achte darauf, Vitamine und Mineralstoffe zu mir zu nehmen
- 3) Ich nehme wenig Geschmacksstoffe/Konservierungsmittel zu mir
- 4) Mir ist es wichtig, dass tierische Nahrungsmittel aus artgerechter Tierhaltung sind
- 5) Mir ist es wichtig, dass das Essen frisch zubereitet worden ist
- 6) Ich esse genügend Nahrungsfasern und Ballaststoffe
- 7) Ich achte auf Fette und Öle
- 8) Ich achte darauf, regelmässig zu essen
- 9) Ich achte darauf, nicht zu salzig zu essen
- 10) Ich esse regelmässig Fisch
- 11) Ich esse angemessen viel Fleisch
- 12) Ich achte darauf, von wo die Nahrungsmittel, die ich konsumiere, kommen
- 13) Ich trinke ausreichend ungesüsste und nicht koffeinhaltige Getränke
- 14) Mir ist ein abwechslungsreicher Speiseplan wichtig
- 15) Ich esse selten Süssigkeiten
- 16) Ich esse bewusst gesund, um gesund zu bleiben

2. Ernährung

Können Sie mir ein Selbstporträt von Ihrem Ernährungsverhalten geben. Mich würde interessieren, was für Eigenschaften Ihr Essverhalten hat. (Essen Sie gerne mit Freunden, was für einen Stellenwert hat die Ernährung für Sie), einfach Dinge, die Ihnen persönlich im Moment zu Ihrer Ernährung in den Sinn kommen.

3. Konsumverhalten

Wenn Sie einmal daran denken, wie Sie im Geschäft einkaufen (Nahrungsmittel und Getränke), können Sie mir beschreiben, wie Sie einkaufen?

(INT: Auf Regeln achten, wie z.B. Light – Produkte kaufen, auf Preis schauen, etc...)

4. Bewegung

- 1) Ich achte darauf, dass ich mich einmal am Tag bewege
- 2) Ich gehe wenn immer möglich zu Fuss
- 3) Ich bewege mich bewusst, um gesund zu bleiben

5. Bewegung

Können Sie mir Ihr Bewegungsverhalten ein wenig beschreiben?

Was machen Sie? Wieso? Was ist Ihnen dabei wichtig, was eher nicht so wichtig?

(INT: Auf Regeln achten (zu Hause oder am Arbeitsplatz, welche die Leute habe, wie z.B. Ich bewege mich, um eine gute Körperform zu erlangen, Ich bewege mich, um Kalorien zu verbrennen, wenn jemand SPORT treibt, Fragen zum Training, Trainingseinheiten, etc...)

6. Gewicht

- 1) Ich kontrolliere mein Gewicht regelmässig
- 2) Ich schaue bewusst darauf, nicht zu schwer/nicht zu dünn zu werden

7. Gewicht

Können Sie mir Ihre Gedanken zu Ihrem persönlichen Körpergewicht ein wenig beschreiben?

Was machen Sie? Wieso? Was ist Ihnen dabei wichtig, was eher nicht so wichtig?

(INT: Darauf achten, wieso das Gewicht wichtig, nicht wichtig ist, wie z.B. Mein Lebenspartner will eine schlanke Frau, einen schlanken Mann, in der heutigen Gesellschaft muss ich dünn sein, ich will Kleider von SHOP XY tragen können, etc...)

INFORMATIONSVERHALTEN

8. Gesundheitsinformationen

WAHRNEHMUNG GESUNDHEITSTHEMA IN INFORMATIONSANGEBOT

Haben Sie ganz generell das Gefühl, von Gesundheitsinformationen umgeben zu sein?

Können Sie mir diesen Umstand besser beschreiben? Was nehmen Sie wahr?

(INT: Hier den Interviewpartner einmal ganz frei erzählen lassen, was er zum Thema weiss)

9. Spezielle Beispiele zu Informationsverhalten

Ganz speziell möchte ich Sie jetzt noch fragen:

Erinnern Sie sich ganz konkret an eine:

- Werbung /Webseite für Produkte (z.B. Ernährung) (JA/NEIN)
- Werbung /Webseite für Bewegung
- Werbung /Webseite für Wellness
- Werbung /Webseite für Krankenkassen
- Werbung /Webseite für andere Gesundheitsthemen

10. Wo informiert man sich

GESUNDHEIT (1. und 2. Priorität)

Wo oder bei wem informieren Sie sich, wenn Sie etwas zu den Themen Ernährung, Bewegung, Gewicht, Erholung wissen möchten?

11. Wo informiert man sich

KRANKHEIT (1. und 2. Priorität)

Wo oder bei wem informieren Sie sich, wenn Sie sich nicht wohl fühlen, oder das Gefühl haben, Sie sind krank?

12. Typen von Mediennutzung

In den Kommunikationswissenschaften werden vier Typen von Mediennutzung beschrieben. Die vier Typen sind (Medien = Zeitungen, Fernseher, Radio, Internet, Magazine)

- 1) Aktive Suche nach Informationen in den Medien zu einem bestimmten Thema
- 2) Regelmässiges Lesen von Informationen in den Medien zu einem bestimmten Thema
- 3) Gelegentliches Lesen von Informationen in den Medien zu einem bestimmten Thema
- 4) Bewusstes Ausklammern von Informationen zu einem bestimmten Thema in den Medien

Welchem Typus würden Sie sich bezüglich den folgenden Themen zuordnen?

(INT: Hier dem Interviewpartner bei Schwierigkeiten helfen, und die Frage für jedes Thema (Ernährung, Bewegung, etc...) noch einmal wiederholen)

13. Noch mehr Informationen

Worüber möchten Sie denn bezüglich der Themen

- 1) Ernährung
- 2) Bewegung
- 3) Gewicht
- 4) Erholung

gerne ganz speziell informiert werden? Was würde helfen?

(INT: Hier geht es darum herauszufinden, was für ganz spezielle „Unterthemen“ zu den Themen Ernährung, Bewegung, Gewicht und Erholung interessieren)

Ich nenne Ihnen zum Thema Ernährung einige Beispiele:

- Zusammensetzung und Nährwert Produkte
- Herkunft Produkte
- Abwendungs- und Zubereitungsmethoden, Rezepte, Kombinationsmöglichkeiten
- Marktneuheiten
- Light-Produkte

14. Umsetzung von Informationen

Wenn Sie nochmals an Informationen bezüglich Ernährung, Bewegung, Gewicht und Erholung denken, was waren Informationen, die Sie einmal versucht haben, umzusetzen, und diese sich als nützlich bzw. unnützlich erwiesen haben? Hier können auch andere Quellen als die Medien genommen werden.

(INT: Hier wenn möglich auf die Beispiele von oben zurückgreifen, auf den Link Information/Wissen auf Verhalten eingehen)

15. = Einführung zu Fragen 16-19 (nicht in Excel)

Die nächsten Fragen beziehen sich auf bestimmte Themen der Gesundheit.

Ich bin daran interessiert, ob Sie zu den Themen, die ich Ihnen nennen werde, Gespräche in Ihrem sozialen Umfeld, in der Familie, am Arbeitsplatz, mit dem Arzt, mit Vertretern von Krankenkassen, etc. führen.

(INT: Den Interviewpartner beschreiben lassen, ob und mit wem er oder sie Gespräche führt und die unten aufgelisteten Fragen stellen.)

Für jede Frage:

- Führen Sie Gespräche?
- Mit wem führen Sie Gespräche?
- Was war/ist der Auslöser für solche Gespräche (Werbung, Medien, Event, Arzt, etc...)
- Wie oft führt man solche Gespräche?
- Wenn Sie mit einem Arzt gesprochen haben, haben Sie diesen dann auch verstanden?
- Was für eine Rolle übernimmt der Interviewpartner in solchen Gesprächen?
- Wie wichtig sind solche Gespräche für den Interviewpartner?
- Was für einen Einfluss auf den Interviewpartner haben solche Gespräche ?

16. Gespräche über Ernährung

Ernährung generell/Menuplan/Spezielle Produkte/Nahrungsergänzungen

(INT: Hier speziell: Haben Sie mit ihrem Arzt schon einmal über Ernährung gesprochen? Sind/waren Sie in Behandlung wegen Ihrer Ernährung, Ernährungsproblemen?)

17. Gespräche über Bewegung

Bewegung/Sport/Unfallverhütung und Prävention im Sport

(INT: Hier speziell: Hat der Arzt auf Mangelbewegung/Überbewegung hingewiesen? Reden Sie mit dem Arzt über Ihr Bewegungsverhalten? Sind Sie in Behandlung aufgrund eines Bewegungsproblems/einer Verletzung?)

18. Gespräche über Gewicht

Gewicht

(INT: Hier speziell: Haben Sie Probleme mit Ihrem Gewicht oder hat jemand in der Familie ein Problem mit dem Gewicht? Sind Sie deswegen in Behandlung, ist diese Person deswegen in Behandlung? Haben Sie auch mit dem Arzt über dieses Problem gesprochen?)

19. Gespräche über Krankheiten

Krankheiten

(INT: Hier speziell: Haben Sie gesundheitliche Probleme? Hat ein Familienmitglied gesundheitliche Probleme? Sind Sie in Behandlung? Sprechen Sie mit Ihrem Arzt?)

20. Informationsquellen Gesundheitsinformation und Einschätzung

20 A) 1. Welche Quellen senden Ihrer Meinung nach Gesundheitsinformationen?

20 B) 2. Welche Quellen Benützen Sie?

20 C) 3. Wie vertrauenswürdig sehen Sie die folgenden Informationsquellen bezüglich des Themas Gesundheit? Skala von 1 – 10, (1 = überhaupt nicht vertrauenswürdig, 10 = sehr vertrauenswürdig)

	1	2	3
Radio			
Fernseher			
Internet			
Werbung			
Zeitungen			
Boulevardpresse und Heftli			
Gesundheitsmagazine			
Fachliteratur			
Politik (Politiker einzeln oder politische Informationen)			
Markt (Marktplayer wie Migros oder Coop)			
Krankenkassen (die eigene oder eine andere)			
Spitäler (als Institutionen)			
Ärzte (in Praxen)			
Gesundheitsinstitutionen generell (BAG, Gesundheitsförderung)			
Hotels/Wellnesshotels			
Vereinigungen im Gesundheitswesen (z.B. Ärztevereinigungen)			
Konsumentenorganisationen			
Patientenorganisationen			
Andere (welche)?			
-			
-			

21. Ausbildung

Welches ist die höchste Ausbildung, die Sie abgeschlossen haben?

1) Keine Schule, nur Kindergarten	<input type="checkbox"/>
2) Obligatorische Schule, Primarstufe	<input type="checkbox"/>
3) Obligatorische Schule, Sekundarstufe	<input type="checkbox"/>
4) Diplommittelschule	<input type="checkbox"/>
5) Berufslehre oder Berufsschule	<input type="checkbox"/>
6) Maturitätsschule oder Berufsmatura	<input type="checkbox"/>
7) Lehrkräfte Seminarien	<input type="checkbox"/>
8) Höhere Fach- und Berufsbildung	<input type="checkbox"/>
9) Höhere Fachschule	<input type="checkbox"/>
10) Fachhochschule	<input type="checkbox"/>
11) Universität Diplom	<input type="checkbox"/>
12) Universität Doktorat	<input type="checkbox"/>
13) Anderes	<input type="checkbox"/>
14) Weiss nicht	<input type="checkbox"/>
15) Keine Antwort	<input type="checkbox"/>

22. Sprachbeherrschung

Einschätzung Interviewer

(INT: Gedanken über die Ausdrucksfähigkeit und Sicherheit im Gespräch des Interviewpartners aufschreiben, z.B. Ist unsicher bei der Beantwortung der Fragen, fragt viel nach, hat keine Ideen, kann sich gut/schlecht ausdrücken, etc...)

GESUNDHEITSWISSEN

23. Ernährungspyramide

Kennen Sie die Ernährungspyramide? (JA/NEIN)

Wissen Sie was Sie bedeutet? (JA/NEIN)

24.

Können Sie mir die verschiedenen Levels aufzählen und in der richtigen Anordnung sortieren?

Was macht der Hauptteil einer gesunden Ernährung aus?

Was steht an 2 Stelle, an 3 Stelle, an 4. Stelle und an 5. Stelle?

Verstehen Sie die Wichtigkeit der Ernährungspyramide, auch für Ihren Alltag?

25. Bewegungspyramide

Kenne Sie die Bewegungspyramide? (JA/NEIN)

Wissen Sie, was Sie bedeutet? (JA/NEIN)

26.

Können Sie mir die verschiedenen Levels aufzählen und in der richtigen Anordnung sortieren?

Was macht der Hauptteil einer gesunden Bewegung aus?

Was steht an 2 Stelle, was an 3 Stelle?

Können Sie mir die verschiedenen Levels aufzählen und in der richtigen Anordnung sortieren?

Verstehen Sie die Wichtigkeit der Bewegungspyramide, auch für Ihren Alltag?

27. BMI

Kennen Sie den Ausdruck BMI (Body Mass Index)? (JA/NEIN)

Wissen Sie, was er bedeutet? (JA/NEIN)

28.

Können Sie mir beschreiben, was sie zum BMI wissen.

29.

Kennen Sie gewisse Gesundheitsrisiken, die generell/geläufig mit Ernährung und Bewegung in Verbindung gebracht werden?

Können Sie mir diese Risiken und Verbindungen so ausführlich wie möglich beschreiben?

30.

Ich kann meine Gesundheit selber beeinflussen. (JA/NEIN)

--

Was sind die Elemente, die Sie selber beeinflussen? Beispiele.

Was sind die Elemente, die Sie nicht selber beeinflussen?

Was machen Sie, um negative Einflüsse auf Ihre Gesundheit zu minimieren?

(INT: Mit Interviewpartner besprechen)

31.

31 A

Wenn Sie an Ihren persönlichen Bekanntenkreis denken, kommt Ihnen dann jemand in den Sinn, die/der für Sie Beispiel einer gesunden Lebensweise (oder auch speziell ein Beispiel für gesunde Ernährung, gute Bewegung, optimales Gewicht) ist?

(INT: Hier schauen, ob jemand Beispiele für Gesundheit generell oder für die Spezialthemen Ernährung, Bewegung, Gewicht macht)

31 B

(INT: Wenn jemand Beispiele gemacht hat, dann hier auf diese Beispiele eingehen und die folgenden Fragen pro Kontakt/Person fragen)

Ist diese Person gesünder? (JA/NEIN)

Wir diese Person ein höheres Lebensalter erreichen?

Hat diese Person mehr vom Leben?

Ist/war diese Person erfolgreicher im Beruf als die meisten anderen Personen?

Ist diese Person glücklicher?

Ganz generell: Was hat diese Person, was andere nicht haben? (Ideen des Interviewpartners)

Daten zur interviewten Person

Name	
Vorname	
Alter	

Geschlecht	Männlich		Weiblich					
Verheiratet	Ja		Nein					
Kinder	Ja		Nein					
Berufstätig	Ja		Nein					
	Wenn ja, welche Tätigkeit?							
Gewichtsklasse	S. schwer		Schwer		Mittel		Leicht	
Soziale Schicht	Hoch		Mittel		Normal		Niedrig	

Einschätzungen

Gesundheits-Orientiert		Krankheits-Orientiert
Bewusste Person		Unbewusste Person

Wie viel musste dem Interviewpartner bei den Fragen unterstützend
geholten werden?

22.4 Interviewleitfaden Französisch

Introduction

Numéro de l'interview _____
Interviewer _____
Date _____
Lieu _____

COMPORTEMENTS CONCERNANT LA SANTÉ

1. Alimentation

(INT: faire attention à ce que la personne interviewée réponde, en tenant compte de sa propre définition des phrases)

- 1) Je mange beaucoup de fruits, de salade et de légumes
- 2) Je m'efforce de manger assez de vitamines et de sels minéraux
- 3) Je veille à ne pas manger trop d'additifs, ni de conservateurs
- 4) J'attache de l'importance à la garantie que les aliments d'origine animale proviennent d'élevages respectueux des animaux.
- 5) J'attache de l'importance au fait que mes repas soient préparés sur le moment
- 6) Je mange assez de fibres alimentaires
- 7) Je fais attention aux quantités de gras et d'huile
- 8) Je m'efforce de manger avec une certaine régularité
- 9) Je m'efforce de ne pas manger des aliments qui contiennent trop de sel
- 10) Je mange régulièrement du poisson
- 11) Je ne mange ni trop, ni trop peu de viande
- 12) Je me donne la peine de connaître la provenance des aliments que je mange
- 13) Je bois suffisamment de boissons sans sucre et sans caféine
- 14) J'attache de l'importance à la variété de mon alimentation
- 15) Je mange rarement des sucreries
- 16) Je mange consciemment de façon saine pour rester en bonne santé

2. Alimentation

Est-ce que vous pourriez me décrire votre comportement alimentaire (mangez-vous volontiers avec des amis, quelle importance donnez-vous à votre alimentation, à quoi associez-vous

l'alimentation). Il s'agit de décrire les associations auxquelles vous êtes en train de penser.

3. Comportement en tant que consommateur

Est-ce que vous pourriez me décrire la manière dont vous faites les courses? Quelles règles suivez-vous? Qu'est-ce que vous prenez en considération quand vous êtes en train de faire vos courses?

(INT: Faire attention aux règles, telles que, par ex. l'achat de produits Light, la prise en considération du prix, ...)

4. Exercice

- 1) Je m'efforce de faire de l'exercice quotidiennement
- 2) Dès que j'en ai la possibilité, je me déplace à pieds
- 3) J'exerce une activité physique pour rester en bonne santé

5. Exercice

Pourriez-vous me décrire brièvement votre comportement face à l'activité physique?

Quelle activité pratiquez-vous? Comment? Quels sont les éléments importants? Quels sont par contre les éléments que vous jugez peu importants?

(INT: Faire attention aux règles, telles que: à la maison ou au travail, avec qui, faire de l'exercice pour garder la forme, faire de l'exercice pour brûler des calories, lorsque quelqu'un d'autre fait du sport, questions sur l'entraînement, nombre d'entraînements, ...)

6. Poids

- 1) Je contrôle régulièrement mon poids
- 2) Je m'efforce de ne pas devenir ni trop gros, ni trop maigre

7. Poids

Pourriez-vous me décrire brièvement les réflexions que vous vous faites face à votre poids? Est-ce que c'est important pour vous? Est-ce que c'est moins important pour vous?

(INT: Faire attention aux raisons pour lesquelles le poids a de l'importance ou pas; comme, par ex., ma/mon partenaire préfère un homme/une femme élancé/e; dans la société actuelle, je dois être mince ; je veux pouvoir porter des vêtements du magasin XY, ...)

INFORMATIONS CONCERNANT LE COMPORTEMENT PERSONNEL

8. Informations sur la santé

En général, est-ce que vous avez l'impression d'être entouré par assez/trop/peu d'informations concernant la santé?

Pourriez-vous me décrire mieux ces circonstances?

Que percevez-vous?

(INT: Laisser ici la personne interviewée raconter librement ce qu'elle sait sur ce thème)

9. Exemples

J'aimerais plus particulièrement vous poser les questions suivantes :

Est-ce que vous vous souvenez assez bien des aspects suivants?

- publicité /pages Internet concernant des produits (p.ex. aliments.) (OUI/NON)
- publicité /pages Internet concernant l'exercice (activité physique)
- publicité /pages Internet concernant le Wellness
- publicité /pages Internet concernant les caisses maladies
- publicité /pages Internet concernant d'autres thèmes de santé

10. Où s'informe-t-on?

SANTÉ (1. et 2. Priorité)

A qui vous adressez-vous si vous cherchez des informations concernant l'alimentation, l'exercice, le poids et le repos?

11. Où s'informe-t-on?

MALADIE (1. et 2. Priorité)

A quelles sources avez-vous recours si vous ne vous sentez pas bien ou si vous pensez être malade?

12. Types d'utilisation des média

Les sciences en communication décrivent 4 types d'utilisation des média. Il y a 4 façon d'en faire usage: (média = quotidiens, radio, télévision, Internet, magazines)

- 1) Recherche active sur un thème défini en se basant sur les informations diffusées par les média.
- 2) Lecture régulière d'informations diffusées par les média sur un thème défini
- 3) Lecture occasionnelle d'informations diffusées par les média sur un sujet défini
- 4) Mise de côté/Négligence volontaire d'informations sur un sujet défini dans les média

En fonction de ces thèmes, dans quelle typologie vous situeriez-vous?

(INT: Aider ici la personne interviewée face aux difficultés et répéter la question pour chaque thème (Alimentation, exercice, ...))

13. Informations supplémentaires

Parmi les thèmes suivants, quel est celui sur lequel vous désireriez obtenir le plus d'informations?

1) Alimentation

2) Exercice

3) Poids

4) Stress et détente

(INT:il s'agit ici de découvrir quels sont les sous thèmes spécifiques par rapport aux thèmes principaux Alimentation, Exercice, Poids et Détente, auxquels la personne interviewée s'intéresse.)

Je vous donne un exemple concernant le thème de l'alimentation:

- Composition et valeur nutritionnelle des produits
- Origine des produits
- Méthodes de préparation et de restriction, recettes, possibilités de combinaison
- Nouveauté sur le marché
- Produits light

14. Informations et action

Si vous revenez aux informations sur l'alimentation, l'exercice, le poids et la détente: quelles ont été les informations que vous avez suivies? Se sont-elles révélées utiles ou inutiles? D'autres sources que les médias peuvent ici être considérées.

(INT: Si possible, revenir ici aux exemples susmentionnés plus haut,...)

15. = Introduction pour les questions 16-19 (pas dans Excel)

Les questions suivantes se réfèrent aux différents thèmes de la santé.

Face aux thèmes que je vais vous énumérer, j'aimerais savoir si vous en discutez dans votre environnement social, en famille, au travail, avec votre médecin, avec les représentants des caisses maladies, etc.

(INT: Si la personne interviewée mène la discussion, laissez-la continuer et poser les questions de la liste sous mentionnées.)

Pour chaque question:

- Est-ce que vous en parlez?
- Avec qui?
- Quelle a été la motivation qui a engendré la discussion (publicité, événement, médecins...)?
- Est-ce que vous en discutez beaucoup?
- Quand vous en avez parlé avec le médecin, vous avez ensuite compris ce qu'il vous a dit?
- Quel rôle jouez-vous dans ce genre de discussion?
- Quelle importance attribuez-vous à ce genre de discussion?

16. Discussions sur l'alimentation

Alimentation en général/définition des menus/produits spéciaux/compléments alimentaires

(INT: Plus particulièrement, avez-vous déjà parlé avec votre médecin d'alimentation? Etes-vous (Etiez-vous) en thérapie à cause de votre alimentation ou de problèmes concernant votre alimentation?)

17. Discussions sur l'Exercice

Exercice/sport/prévention des accidents et prévention dans le sport

(INT: Est-ce que votre médecin vous a particulièrement signalé un manque ou un excès d'exercice? Est-ce que vous êtes en thérapie à cause de problèmes relatifs à l'exercice/lésion?)

18. Discussions sur le Poids

Poids

(INT: Avez-vous des problèmes particuliers avec votre poids ou y a-t-il des problèmes dans votre famille? Etes-vous en thérapie pour des raisons liées à votre poids ou y a-t-il un membre de votre famille qui est en thérapie pour des raisons liées au poids? Avez-vous aussi parlé de ce problème avec votre médecin?)

19. Discussions sur les Maladies

Maladies

(INT: En particulier: Avez-vous des problèmes de santé? Y a-t-il un membre de votre famille avec des problèmes de santé? Etes-vous en thérapie? Est-ce que vous en parlez avec votre médecin?)

20. Sources d'information

20 A) 1. Quelles sont les sources qui donnent de l'information sur les thèmes de santé?

20 B) 2. Quelles sources d'information utilisez-vous?

20 C) 3. Parmi les sources d'informations suivantes, quelles sont celles que vous considérez dignes de confiance pour les thèmes de santé?

Echelle de 1 à 10, (1 = je n'ai absolument pas confiance, 10 = j'ai une confiance absolue)

	1	2	3
Radio			
Télévision			
Internet			
Publicité			
Littérature générale			
Quotidiens			
Revue de santé			
Littérature spécifique			
Politique			
Marché			
Caisse maladie			
Hôpitaux			
Médecins			
Institutions qui s'occupent de la santé en général			
Hôtels/hôtels de Wellness			
Cliniques			
Associations dans le secteur de la santé (association de médecins)			
Organisations/Associations de consommateurs			
Autres (spécifier):			
-			
-			

21. Education

Quel est le niveau de formation le plus élevé que vous avez achevé?

1) Aucune école, uniquement l'école enfantine	<input type="checkbox"/>
2) Ecole primaire	<input type="checkbox"/>
3) Ecole secondaire	<input type="checkbox"/>
4) Ecole de diplôme	<input type="checkbox"/>
5) Apprentissage	<input type="checkbox"/>
6) maturité fédérale, baccalauréat	<input type="checkbox"/>
7) Séminaires enseignants	<input type="checkbox"/>
8) Haute formation professionnelle et spécialisée	<input type="checkbox"/>
9) Haute école spécialisée	<input type="checkbox"/>
10) Haute école spécialisée	<input type="checkbox"/>
11) Licence universitaire	<input type="checkbox"/>
12) Doctorat	<input type="checkbox"/>
13) Autre	<input type="checkbox"/>
14) ne sais pas	<input type="checkbox"/>
15) pas de réponse	<input type="checkbox"/>

22. Maîtrise de la langue

Evaluation de l'intervieweur

(INT: annoter les impressions concernant la capacité d'expression et l'assurance dans le discours de la personne interviewée, p.ex. Est-elle incertaine quand elle répond, pose-t-elle beaucoup de questions, n'a-t-elle pas d'idées, s'exprime-t-elle bien/mal, etc....)

Connaissances concernant la santé

23. Pyramide de l'alimentation

Connaissez-vous la pyramide de l'alimentation? (OUI/NON)

--

Savez-vous ce qu'elle signifie? (OUI/NON)

--

24.

Pourriez-vous énumérer les différents niveaux et les positionner dans la séquence correcte?

Quel est l'élément le plus important pour avoir une alimentation saine?

Qu'est-ce qu'il y a à la deuxième position, à la troisième, à la quatrième et à la cinquième?

Est-ce que vous comprenez l'importance de la pyramide de l'alimentation, en relation aussi avec votre vie quotidienne?

25. Pyramide du mouvement

Est-ce que vous connaissez la pyramide du mouvement/Exercice? (OUI/NON)

--

Savez-vous qu'est-ce que cela signifie? (OUI/NON)

--

26.

Pourriez-vous énumérer les différents niveaux et les positionner dans la séquence correcte?

Quel est l'élément le plus important pour avoir une activité physique saine?

Pouvez-vous m'indiquer les différents niveaux et les mettre dans l'ordre juste?

Est-ce que vous comprenez l'importance de la pyramide du mouvement/Exercice, en relation aussi avec votre vie quotidienne?

27. BMI

Connaissez-vous l'expression BMI (Body Mass Index)? (OUI/NON)

--

Savez-vous ce qu'elle signifie? (OUI/NON)

--

28.

Que savez-vous du BMI?

29.

Connaissez-vous certains risques pour la santé généralement/communément mis en relation avec l'alimentation et l'exercice?

Pourriez-vous me décrire ces risques et ces liens plus en détail?

30.

Je peux influencer mon état de santé. (OUI/NON)

--

Quels sont les éléments sur lesquels je peux exercer une certaine influence?

Quels sont par contre les éléments sur lesquels je n'ai aucune influence?

Qu'est-ce que vous faites pour minimiser les influences négatives sur votre santé?

31.

31 A

Si vous pensez à votre réseau de connaissances personnelles, y a-t-il quelqu'un que vous jugez être une personne ayant une vie saine? (ou plus particulièrement, ayant une alimentation saine, faisant de l'activité physique, ayant un poids optimal)

(INT: Indiquer ici, si la personne interviewée donne des exemples pour la santé en général ou pour les aspects spécifiques tels que l'alimentation, l'exercice, le poids)

31 B

(INT: Si la personne a donné des exemples, il faut se baser sur ces derniers pour poser les questions suivantes sur à chaque personne/contact)

Cette personne est-elle plus saine? (OUI / NO)

Cette personne vivra-t-elle plus longtemps?

Cette personne obtient-elle quelque chose en plus de la vie?

Cette personne avait-elle plus de succès au travail par rapport aux autres collègues?

Cette personne est-elle plus heureuse?

En général: Quelles sont les caractéristiques de cette personne que les autres ne possèdent pas? (idées de la part de la personne interviewée)

Données sur la personne interviewée

Nom	
Prénom	
Age	

Sexe	masculin			féminin				
Marié/e	Oui			Non				
Enfants	Oui			Non				
Profession	Oui			Non				
	Si oui, quelle activité?							
Catégorie poids	Très lourd		Lourd		Moyen		Léger	
Classe sociale	Elevée		Moyenne		Normale		basse	

Evaluations

Orienté vers la santé		Orienté vers la maladie
Personne consciente		Personne inconsciente

Dans quelle mesure fallait-il aider la personne interviewée en lui apportant un soutien face aux questions?

22.5 Interviewleitfaden Italienisch

Introduzione

Numero dell'intervista _____
Intervistatore _____
Data _____
Luogo _____

COMPORTAMENTO DI SALUTE

1. Nutrizione

(INT: Importante che l'intervistato risponda sulla base di come capisce le frasi per se)

- | | |
|---|--|
| 1) Mangio molta frutta, verdura e insalata | |
| 2) Mi preoccupo di assumere vitamine e sali minerali | |
| 3) Faccio attenzione nell'assumere additivi e conservanti | |
| 4) Per me è importante che gli alimenti di origine animale abbiano la garanzia che provengano da allevamenti rispettosi degli animali | |
| 5) Per me è importante che il cibo sia preparato a momento | |
| 6) Assumo una quantità sufficiente di fibre alimentari | |
| 7) Faccio attenzione alle quantità di grasso e di olio | |
| 8) Mi preoccupo di mangiare con regolarità | |
| 9) Faccio attenzione a non mangiare troppo salato | |
| 10) Mangio regolarmente del pesce | |
| 11) Mangio adeguatamente, poca carne | |
| 12) Faccio attenzione alla provenienza degli alimenti che mangio | |
| 13) Bevo a sufficienza bevande non zuccherate e senza caffeina | |
| 14) Per me è importante mangiare dei menu variati | |
| 15) Mangio raramente dolci | |
| 16) Mangio consapevolmente in modo sano per rimanere in salute | |

2. Nutrizione

Potrebbe descrivermi il suo comportamento. Mi interesserebbe sapere quali sono le caratteristiche del suo comportamento alimentare. (P. es. mangia volentieri con amici, quale importanza ha per lei l'alimentazione), aspetti che le vengono in mente riguardo al suo comportamento alimentare.

3. Comportamento come consumatore

Se lei ora pensa a quando deve andare ad acquistare gli alimenti, mi potrebbe descrivere come fa la spesa? Quali sono le sue regole? Che cosa guarda quando fa gli acquisti?

(INT: Fare attenzione a delle regole di comportamento, p. es. compra solo prodotti light, guarda il prezzo quando è in negozio)

4. Movimento fisico

- 1) Mi preoccupo di fare del movimento fisico quotidianamente
- 2) Non appena mi è possibile mi sposto a piedi
- 3) Faccio coscientemente del movimento (attività fisica) per rimanere in salute

5. Movimento fisico

Mi potrebbe descrivere brevemente il suo comportamento riguardo all'attività fisica?

Che cosa fa? Come? Che cosa è per lei importante? Che cosa invece poco importante?

(INT: Fare attenzione a delle regole dell'intervistato, p. es. L'intervistato fa attività fisica per rimanere in forma, per bruciare calorie, se fa tanto SPORT, vedere quante unità di allenamento ci sono, etc...)

6. Peso

- 1) Controllo regolarmente il mio peso
- 2) Faccio attenzione a non diventare né troppo grasso né troppo magro

7. Peso

Potrebbe descrivermi brevemente quali sono le riflessioni che fa riguardo al suo peso? Che cosa è importante per lei? Che cosa invece è meno importante?

(INT: Fare attenzione a perché il peso personale è importante, p. es. Il mio ragazzo vuole che io sia snella, nella società di oggi ci si deve essere magra, guardo il mio peso per poter indossare i vestiti dal negozio XY, etc...)

COMPORTAMENTO RIGUARDANTE INFORMAZIONI SULLA SALUTE

8. Informazioni sulla salute

In generale, Lei ha l'impressione di essere circondato da informazioni riguardanti la salute?

Mi potrebbe spiegare in dettaglio?

Cosa percepisce?

9. Esempi speciali

In particolare, desidererei porle ancora le domande seguenti.

Si ricorda abbastanza chiaramente degli aspetti seguenti:

- pubblicità /pagine internet riguardo a prodotti (p.es. alimentazione) (SÌ/NO)
- pubblicità /pagine internet sul movimento
- Pubblicità/informazioni/pagine internet sul Wellness
- Pubblicità/informazioni/pagine internet sulle casse malattia
- Pubblicità/informazioni/pagine internet su altri temi riguardanti la salute

10. Dove ci si informa?

SALUTE (1. e 2. priorità)

Dove oppure tramite chi si informa se desidera sapere qualcosa sui temi dell'alimentazione, del movimento, del peso corporeo e del rilassamento?

11. Dove ci si informa?

MALATTIA (1. e 2. priorità)

Dove o tramite chi si informa quando non si sente bene o pensa di essere ammalato?

12. Tipi di utilizzo di media

Nelle scienze della comunicazione vengono descritti quattro tipi di utilizzo di media. Questi quattro tipi di utilizzo: (media = quotidiani, radio, televisione, internet, riviste)

- 1) ricerca attiva di un determinato tema in base alle informazioni riportate nei media
- 2) lettura regolare di informazioni riportate nei media su un determinato tema
- 3) lettura occasionale di informazioni riportate nei media su un determinato argomento
- 4) esclusione consapevole di informazioni relative a temi specifici nei media

In riferimento ai temi seguenti, in quale tipologia si inserirebbe?

(INT: Attenzione: Aiutare l'intervistato se hai dei problemi e ripetere le domande per ogni singolo tema (Nutrizione, movimento, etc...))

13. Più informazioni

Su quale dei seguenti temi desidererebbe essere informato in modo più dettagliato?

- 1) Alimentazione
- 2) Movimento
- 3) Peso
- 4) Stress e riposo

(INT: Qui si tratta di verificare su quali temi specifici l'intervistato vorrebbe essere informato, vedere i dettagli)

Le faccio un esempio per quanto concerne il tema dell'alimentazione:

- Composizione di prodotti
- Provenienza prodotti
- Modalità di preparazione di prodotti speciali
- Novità di mercato
- Prodotti light

14. Mettere in atto d'informazione

Se lei pensa nuovamente alle informazioni riguardo all'alimentazione, al movimento, al peso e al riposo, quali erano le informazioni che ha seguito? Quali messe in atto erano di successo e quali meno? Qui anche altre fonti di informazione che i media possono essere rilevanti?

(INT: Qui se possibile riprendere gli esempi citati precedentemente, fare attenzione alla relazione tra informazione, conoscenza, sapere e comportamento.)

15. = Introduzione alle domande 16-19 (non presente in Excel)

Le domande successive si riferiscono a determinati temi sulla salute.

Mi interessa sapere se lei, riguardo ai temi che le elencherò, ne discute nel suo ambiente sociale, in famiglia, sul posto di lavoro, con il medico, con i rappresentanti delle casse malati, etc.

(INT: Lasciare descrivere l'intervistato e posare le domande sotto per ogni tema che segue.)

Per ogni domanda:

- Ne parla?
- Con chi ne parla?
- Qual è / era il motivo che ha fatto iniziare la discussione? (pubblicità, media, evento, medico)
- Ne discute molto?
- Quando lei ne ha parlato con il medico, ha poi capito quello che le è stato detto?
- Che ruolo gioca l'intervistato in tali discussioni?
- Quanto sono importanti tali discussioni per l'intervistato?
- Che influenza hanno tali discussioni sull' intervistato?

16. Discussioni sull'alimentazione

Nutrizione in generale/Menu giornaliero/Prodotti speciali

(INT: Qui in speciale: Ha già parlato con il medico sul tema della nutrizione, in generale, in specifico? Lei ha già subito un trattamento medico a causa di problemi con la nutrizione?)

17. Discussioni sull'attività fisico

Movimento/sport/prevenzione degli incidenti e prevenzione nello sport

(INT: Qui in speciale: Era il medico ad osservare una mancanza di movimento oppure il contrario? L'intervistato parla con il medico sul tema del movimento? Ha già subito un trattamento a causa di problemi di movimento?)

18. Discussioni sul peso

Peso

(INT: In speciale: L'intervistato ha dei problemi con il peso personale, oppure qualcuno in famiglia, una persona che conosce bene, ha dei problemi di peso? Ha già subito dei trattamenti medici per causa del peso? Ha già parlato con il medico a causa di problemi di peso?)

19. Discussioni su malattie

Malattie

(INT: In speciale: L'intervistato ha problemi di salute? Qualcuno nella famiglia o che conosce bene che ha problemi di salute? Lei parla con il medico per problemi di salute?

20. Fonti d'informazioni sulla salute e giudizio dell'intervistato

20 A) 1. Quali fonti d'informazione secondo lei mandano informazione sulla salute?

20 B) 2. Quali fonti d'informazione utilizza?

20 C) 3. Quanto affidabile lei giudica i seguenti fonti d'informazione riguardante il tema della salute? Scala da 1 – 10, (1 = assolutamente non affidabile, 10 = assolutamente affidabile)

	1	2	3
Radio			
Televisione			
Internet			
Pubblicità			
Giornali			
Giornali popolari e riviste			
Riviste sulla salute			
Letteratura specifica			
Politica (politici o partiti, livello federale, cantonale)			
Mercato (Player di mercato come Migros oppure Coop)			
Casse malati (la propria oppure un'altra)			
Ospedali (come istituzioni)			
Medici			
Istituzioni nell'ambito della salute (BAG, Promozione Salute CH)			
Hotel/Wellnesshotels			
Associazioni nell'ambito sanitario			
Organizzazioni di consumatori			
Organizzazioni di pazienti			
Altro (cosa)?			
-			
-			

21. Formazione

Quale è il livello di educazione più alto che lei ha conseguito?

1) nessuna scuola, solo asilo	<input type="checkbox"/>
2) Scuole elementari	<input type="checkbox"/>
3) Scuole medie	<input type="checkbox"/>
4) scuola di diploma	<input type="checkbox"/>
5) apprendistato	<input type="checkbox"/>
6) maturità liceale	<input type="checkbox"/>
7) Educazione come insegnante	<input type="checkbox"/>
8) Diploma federale	<input type="checkbox"/>
9) Scuola superiore	<input type="checkbox"/>
10) Scuola universitaria	<input type="checkbox"/>
11) licenza universitaria	<input type="checkbox"/>
12) dottorato	<input type="checkbox"/>
13) altro	<input type="checkbox"/>
14) non so	<input type="checkbox"/>
15) nessuna risposta	<input type="checkbox"/>

22. Padronanza della lingua

Valutazione da parte dell'intervistatore

(INT: Pensieri su come l'intervistato si esprime, con quale sicurezza, è sicura/o quando risponde a delle domande, etc...)

SAPERE SULLA SALUTE

23. Piramide dell'alimentazione

Conosce la piramide dell'alimentazione? (SI/NO)

Sa che cosa significa? (SI/NO)

24.

Potrebbe elencarmi i diversi livelli e posizionarli nell'ordine corretto?

Che cosa sono gli elementi più importanti di un'alimentazione sana?

Che cosa c'è al secondo posto, alla terza posizione, alla quarta posizione e alla quinta?

Capisce l'importanza della piramide dell'alimentazione, anche per la sua vita quotidiana?

25. Piramide del movimento

Conosce la piramide del movimento? (SI/NO)

Sa che cosa significa? (SI/NO)

26.

Potrebbe elencarmi i diversi livelli e posizioni nell'ordine corretto?

Che cosa sono gli elementi più importanti di un movimento sano?

Che cosa si trova alla seconda posizione?, che cosa alla terza?

Mi può elencare i diversi livelli e metterli nel giusto ordine?

Comprende l'importanza della piramide del movimento, anche per la sua vita quotidiana?

27. BMI

Conosce l'espressione BMI (Body Mass Index)? (SI/NO)

Sa dirmi che cosa significa? (SI/NO)

28.

Mi può dire che cosa sa riguardo al BMI.

29.

Conosce alcuni rischi per la salute che sono generalmente/comunemente collegati con l'alimentazione e il movimento?

Potrebbe descrivermi questi rischi e questi legami il più dettagliatamente possibile?

30.

Io posso influire sul mio stato di salute. (SI/NO)

--

Quali sono gli elementi su cui può avere un influsso? Esempi.

Quali sono gli elementi sui quali invece non può avere un influsso?

Che cosa fa per rendere minimi gli influssi negativi sulla sua salute?

(INT: discutere con l'intervistato)

31.

31 A

Se lei pensa al suo cerchio di conoscenze personali, le viene in mente qualcuno che possa fungerle quale esempio di persona che ha una vita sana? (o più in particolare che ha un'alimentazione sana, fa una giusta attività fisica, ha un peso ottimale)?

(INT: Vedere se qualcuno fa degli esempi per la salute in generale o per i temi specifici della nutrizione, del movimento, del peso)

31 B

(INT: Se sono stati fatti degli esempi, partire da questi e formulare le domande seguenti per ogni contatto/persona)

Questa persona è più sana

Questa persona vivrà più a lungo?

Questa persona ha qualcosa di più dalla vita?

Questa persona ha/aveva più successo nel lavoro rispetto agli altri?

Questa persona è più felice?

In generale: Che cosa ha questa persona che gli altri non hanno? (Idee da parte dell'intervistato)

Informazioni supplementari sull'intervistato

Cognome	
Nome	
Età	

Sesso	Maschile		Femminile					
Sposati	Si		No					
Bambini	Si		No					
A. lavorativa	Si		No					
	Se si, quale?							
Peso	M. pesante		Pesante		Medio		Leggero	
L- socio- eco	Alto		Medio		Normale		Basso	

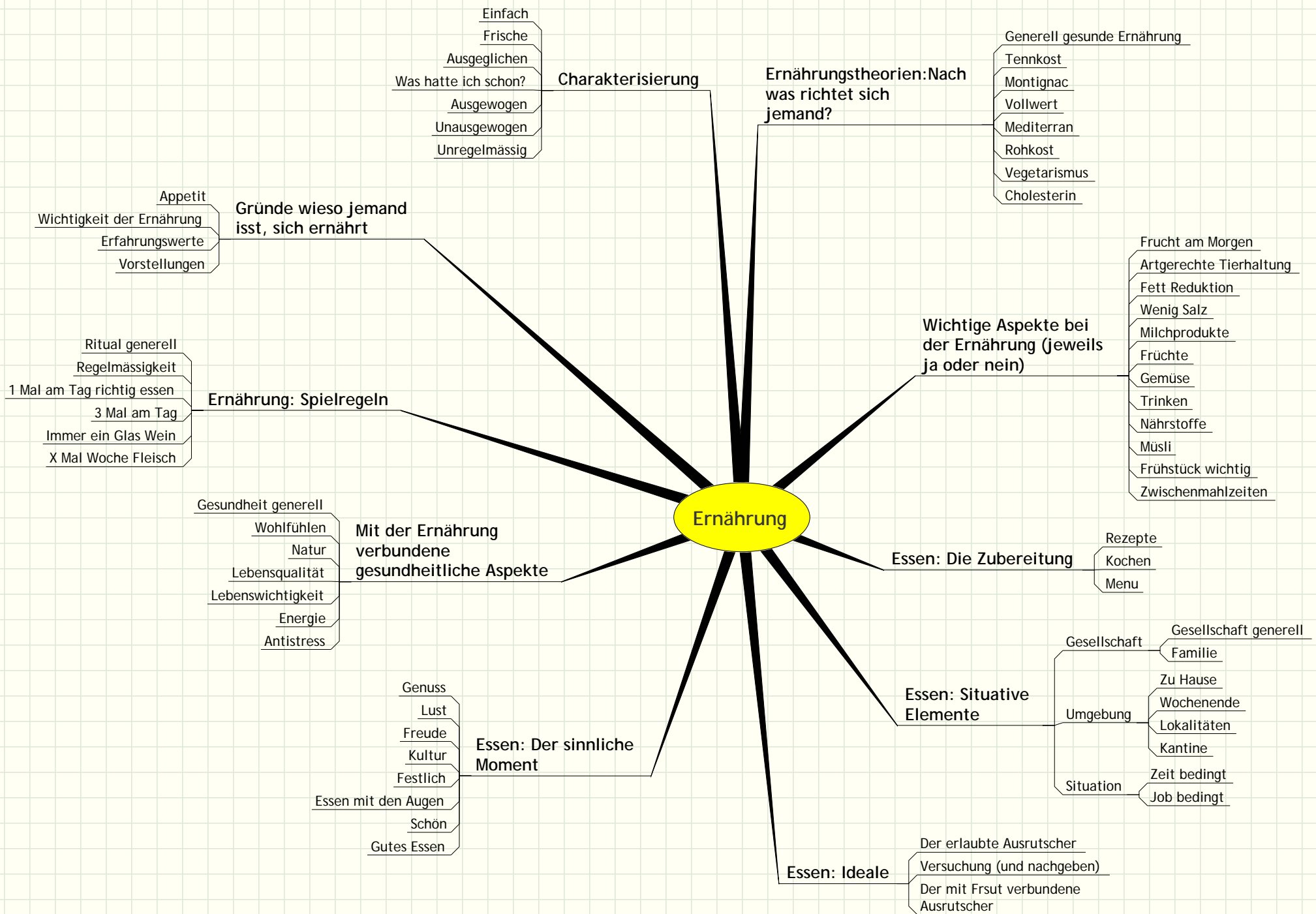
Valutazione

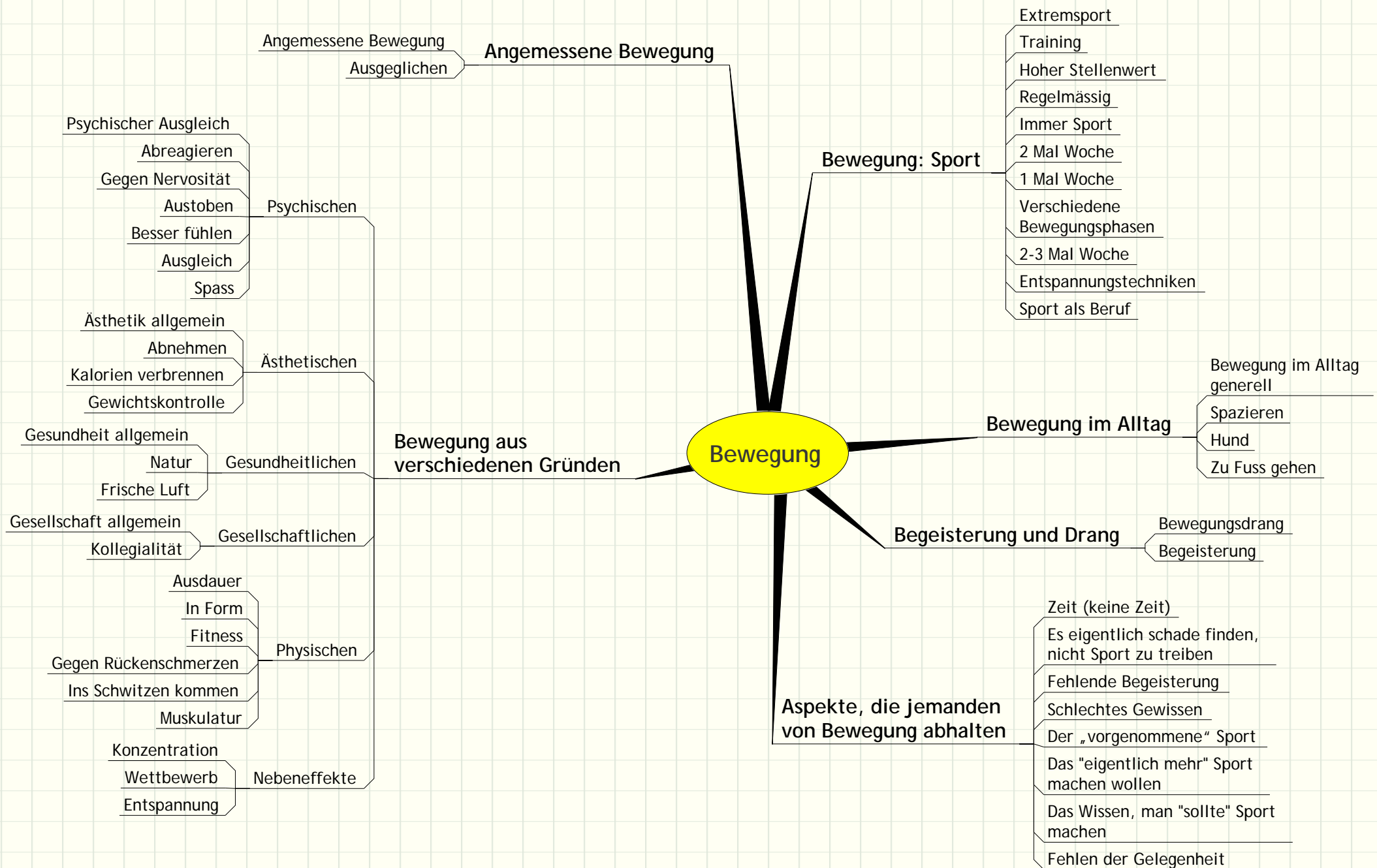
Orientato verso la salute		Orientato verso la malattia
Persona cosciente		Persona non cosciente

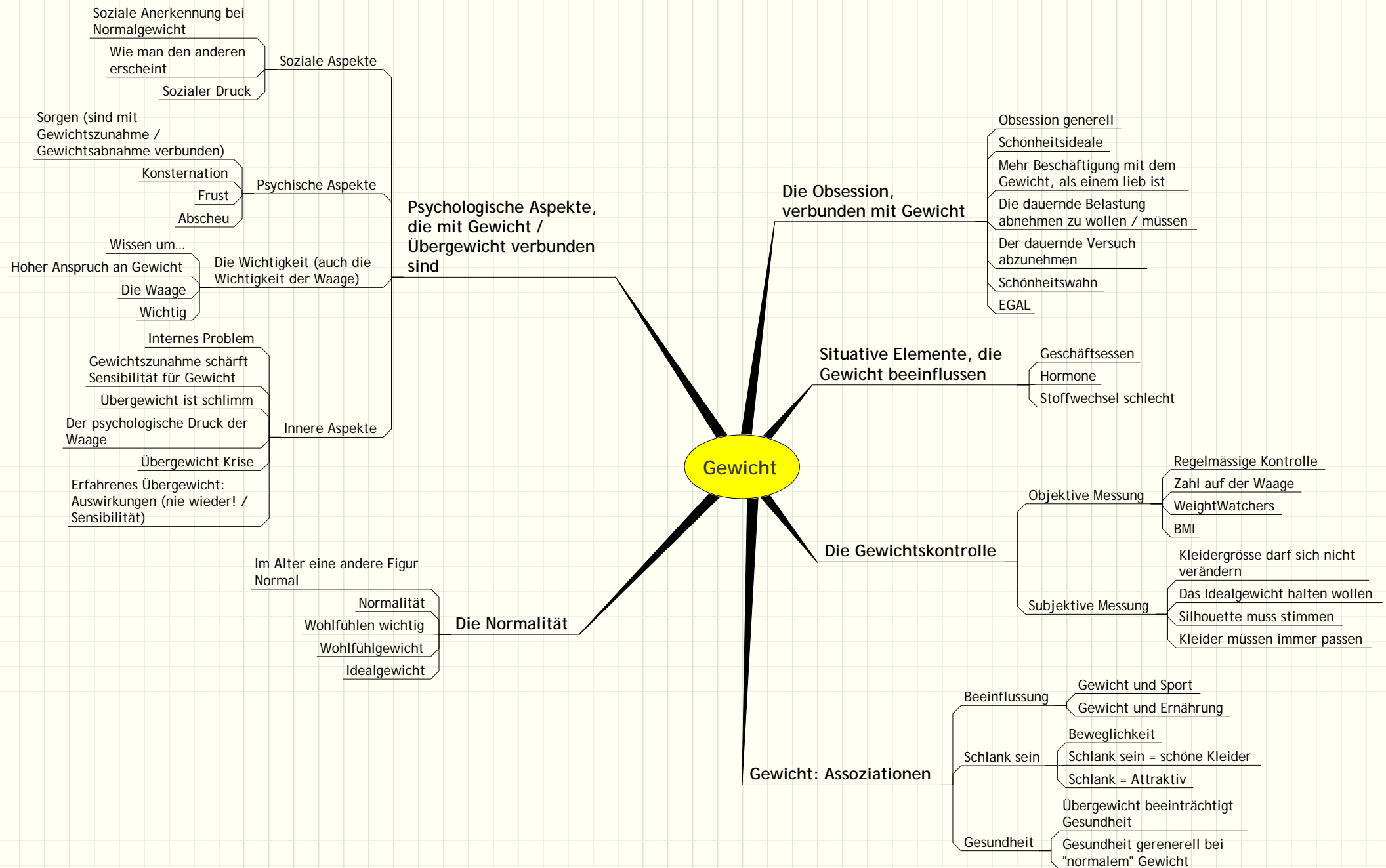
Quanto si doveva aiutare l'intervistato con le domande dell'intervista?

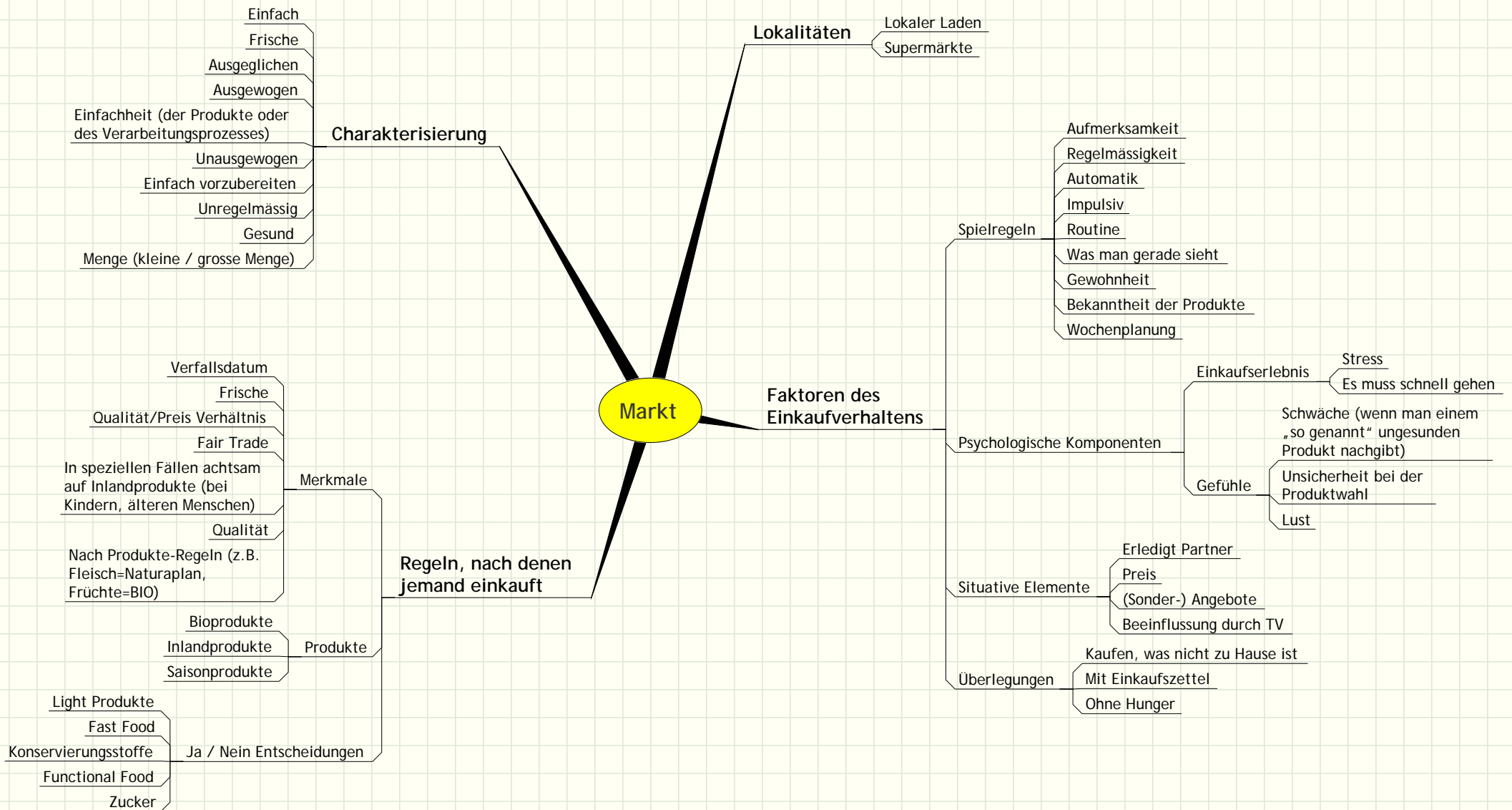
Valutazione da parte dell'intervistatore?

23 Thematische Mind Mapsh









Gesundheitsinformationen

Haltung zur Information

Positive Haltung

Richtige Menge
Nicht überhäuft
Generell positiv

Negative Haltung

Zu wenig
Zu spät
Zu schlecht
Zu viel schlechte Information
Nicht genug stimulierende Informationen
Wie?
Medien: Zu wenig Info und zu wenig nützliche Information
Medien erziehen die Menschen schlecht

Einschätzung Eigenschaften Informationen

Angebot

Überall
Zu viel
Widersprüche
Übertriebene Informationen
Überwältigung
Katastrophe
Unüberschaubarkeit
Verwirrend
Schwierig zu verstehen
Schwierig aufzunehmen

Auswirkungen

Zu viel bewirkt das Gegenteil
Angstmacherei
Risiko einer Hypochondrie-Gesellschaft

Anderes

Frauenthema
Ersatzreligion
Quelle bestimmt Glaubwürdigkeit

Einschätzung Eigenschaften Informationsquellen

Informationstypen

Kampagnen
Viel Werbung für Wellness

Negative Interessen der Sender

Informationen aus Eigeninteresse
Gesundheit ist nicht ein Ideal, aber es geht um Wohlbefinden
Manipulation
Gesundheit = Geld
Alles ist nur Marketing

Rollen der Empfänger

Aktiv

Man muss Informationen hören wollen
Aufmerksamkeit
Interesse, kein Interesse
Wichtigkeit der eigenen Meinung
Kritische Haltung ist wichtig
Man muss aktiv werden
Man kann sich seine Meinung bilden
Man hat 1000 Möglichkeiten

Ablehnung

Falsche Targets
Niemand muss mir sagen, was ich tun soll
"Man" ist ja schon informiert

Gleichgültigkeit

Keine Beachtung
Nebenbei aufnehmen

Spezifische Probleme der Empfänger

Verständnisprobleme
In der Offerte verloren
Offensichtlichkeit
Navigationsschwierigkeiten
Verunsicherung

24 Personenprofile

24.1 Beschreibungen

Nummer 44: Weiblich, 30 Jahre, mittlere soziale Schicht, schwer, Deutschschweiz

Sie verbindet Essen mit Lust und Frust, es ist ihr wichtig, in Gesellschaft zu essen, das macht ihr Freude. Aber auch eine Regelmässigkeit gehört zum Essen. Wenn sie kocht, dann tut sie das gerne, aber das Menü muss ausgeglichen sein. Sie geht immer mit einem Einkaufszettel einkaufen. Dies einmal pro Woche und ohne Hunger, da sie sonst ihrer Schwäche für ungesunde Sachen nachgeben würde. Angebote steuern aber ihren Einkauf schon. Bewegen sie tut sich hauptsächlich, um abzunehmen, aber auch um sich danach besser zu fühlen und um sich abzureagieren. Essen und Bewegung gehören bei ihr für ein gesundes Leben einfach dazu. Obwohl man meinen könnte, dass sie eine Expertin bezüglich Ernährung ist, kennt sie die Ernährungspyramide nicht sehr gut. Sie ging zu WeightWatchers®, und ist jetzt auf sich alleine gestellt, denn sie möchte noch ein wenig mehr abnehmen. Sie fühlt sich einem gewissen sozialen Druck ausgesetzt und ist deswegen auch frustriert, denn sie weiss, dass sie immer noch zu schwer ist (das hat auch etwas mit dem BMI zu tun). Informationen zu den Themen Ernährung, Bewegung und Gewicht nimmt sie wahr, fühlt sich von solchen Informationen aber nicht überflutet. Sie befürwortet, dass die Bevölkerung informiert ist. Sie selber holt sich Informationen gelegentlich aus den Medien. Sie liest viel über Bewegung und Wellness in Zeitschriften, die sie beim Arzt vorfindet – ihre erste Informationsquelle bei Gesundheitsfragen und Krankheit. Generell versucht sie, Informationen über Ernährung und Bewegung umzusetzen, auch aus gesundheitlichen Gründen. Eigentlich würde sie gerne mehr über Bewegung wissen. Sie unterhält sich eigentlich nur mit ihrer Kollegin über Ernährung, Bewegung und Gewicht. Mit ihrem Mann redet sie über Krankheiten (auch wegen der Kinder). Aber alles in einem sehr persönlichen Rahmen. Sie kennt Folgen von falscher Ernährung und Bewegung, wie hoher Blutdruck, Cholesterin und Zuckerkrankheiten. Weiter sagt sie jedoch, dass man z.B. Hüftprobleme nicht mit einem gesunden Lebensstil beeinflussen kann.

Nummer 52: Weiblich, 30 Jahre, normale soziale Schicht, schwer, Romandie

Es ist ihr wichtig, Freude am Essen zu haben. Die Genusskomponente spielt eine sehr grosse Rolle. Gesellschaft gehört auch zum Essen. Das schliesst nicht aus, dass sie Gesundheit und Essen auch verbindet, denn mit Essen führt man sich auch Energie zu. Eine ausgewogene Diät ist ebenso wichtig. Bewegung dient bei ihr hauptsächlich zum austoben und abreagieren. Ein Grund sich zu bewegen sieht sie im Verbrennen von Kalorien. Aber sie übt auch Sport gerne in Gesellschaft aus. Einkaufen tut sie immer saisongerecht, Inland- und Bioprodukte, schaut aber auch auf Promotionen und Aktionen. Konservierungsstoffe kommen nicht in den Einkaufswagen. Den Body Mass Index kennt sie bestens und er ist ihr auch sehr wichtig. Die Gewichtskontrolle ist bei ihr fast zu einer Obsession geworden, denn sie sieht sich ständig der Kritik an ihrem Körpergewicht ausgesetzt. Sie sieht sich eher von einer Informationsflut bezüglich dem Thema Gesundheit umgeben, und sie hat Schwierigkeiten, sich in den ganzen Informationen zurechtzufinden. Viele Informationen sind widersprüchlich, und nichts ist überschaubar. Sie hat spezielle Zeitschriften zu den Themen Gewicht und Erholung abonniert, wo sie sich dediziert informiert. Sie benutzt ab und zu das Internet, wenn sie etwas wissen möchte, für gewisse Dinge hat sie ihr „Gesundheitsbuch“ (eine Art Lexikon mit vielen Informationen über Krankheiten). Werbung nimmt sie generell eher nicht wahr und schätzt Gesundheitsinformationen ziemlich realistisch ein. Mehr informiert werden möchte sie über Bewegung und über Bewegung bei speziellen Bedürfnissen. Oder auch über Nahrungsergänzungen bei chronischer Müdigkeit oder Erholung. Sie hat auch schon einmal etwas umgesetzt, das sie gelesen hat. Sie hält sich z.B. an die Montignac Diät, was ihr sehr gut tut. Gespräche führt sie mit verschiedenen Personen, so zum Beispiel mit Freunden, Partner und Familie über Krankheit, mit dem Partner über Bewegung und mit der Familie über das Gewicht; mit Freunden über die Ernährung. Die Folgen von schlechter Ernährung und Bewegung sind ihr bewusst: Übergewicht, Herz-Kreislauf Erkrankungen und Übersäuerung oder Krebs. Sie bewundert jemanden, der nicht raucht, absolut hygienisch ist und mehr Sport macht. Sie sieht ihn als gesünder, aber nicht als erfolgreicher oder glücklicher.

Nummer 7: Weiblich, 22 Jahre, normale soziale Schicht, mittelschwer, Deutschschweiz

Ernährung ist Gesundheit. Trennkost und Montignac Diät sind für sie wichtig. Eigentlich machen Gemüse und Früchte den Hauptteil ihrer Ernährung aus, aber manchmal isst sie auch etwas Süßem. Wenn sie für sich alleine einkauft, dann kauft sie eigentlich nur Früchte und Gemüse und Slimline® Yoghurts (und ein Schokoladenyoghurt als Dessert). Für die Bewegung konnte sie sich noch nie begeistern, sie bewegt sich fast nie wirklich. Der Körper und das Körpergewicht sind ihr sehr wichtig, sie schaut sehr darauf, mag ihren Körper aber nicht. (Daran schuld sind sicherlich auch die Schokoladenattacken). Gesundheitsinformationen interessieren sie generell und sie wünscht sich auch mehr Informationen. Es sollte Informationen geben, die wissenschaftlich komplizierte Sachverhalte, vor allem über Vorgänge im Körper, einfach und verständlich darstellen. Sie sucht sich Informationen und kauft ab und zu eine Zeitschrift zu Gesundheit. Bei Fragen wendet sie sich an ihre Freundin, die Medizin studiert. An Werbungen kann sie sich erinnern, vor allem an Werbung für Light Produkte und Krankenkassen, sowie an viele Slogans zu „bewegt euch alle mehr“! Im engeren Familienkreis und mit dem Freund unterhält sie sich über Themen wie Ernährung, Bewegung, Gewicht und Krankheiten, aber es sind nur gelegentliche Diskussionen. Sie kennt die Folgen von schlechter Ernährung und mangelnder Bewegung: Diabetes und Zuckerkrankheiten, Cholesterin, Herz-Kreislauf Erkrankungen und Übersäuerung. Eine wichtige Regel ist gesund zu bleiben und ein gesundes Immunsystem zu haben. Sie bewundert jemanden, der Disziplin zur Gesundheit hat, denn wer Disziplin zur Gesundheit hat, hat diese auch sonst im Leben, was sicher ein grosser Vorteil ist.

Nummer 45: Weiblich, 70 Jahre, normale soziale Schicht, leicht, Deutschschweiz

Sie räumt dem Essen eine grosse Wichtigkeit ein. Mit anderen zusammen zu essen bereitet ihr Freude. Gerne probiert sie Rezepte aus. Durch die Krankheit von ihrem Mann ist sie eine Ernährungsexpertin geworden. Sie kennt die Ernährungspyramide aber trotzdem nicht. Bei der Bewegung ist ihr Regelmässigkeit wichtig. Fitness und Ausgleich sind die Gründe für Bewegung. Mit ihrem Gewicht fühlt sie sich wohl und

hatte noch nie Probleme. Kennt auch den Ausdruck BMI nicht und macht sich ehrlich gesagt auch keine Gedanken. Mit einer gesunden Ernährung und Bewegung kann sie ihre Gesundheit beeinflussen. Sie fühlt sich von Gesundheitsinformationen überflutet, es ist alles zu viel. Sie sucht aus diesem Grund auch nicht aktiv nach Gesundheitsinformationen. Einzig den Drogistenstern und die „Zeitlupe“ liest sie und schätzt diese Quellen als gut ein. Sie erinnert sich relativ gut an Werbung bezüglich Fitness, Wellness und Krankenkassen. Wenn sie mal Hilfe braucht, und die Selbsthilfe nichts mehr bringt, dann geht sie bei Gesundheitsproblemen zu ihrer Frauenärztin und bei Krankheiten zum Arzt. Da ihr Mann krank ist, redet sie sehr viel mit ihm aber auch mit dem Arzt über Ernährung. Mit dem Ehemann und den Kindern redet sie über ihr Problem mit dem Blutdruck. Die Gespräche beziehen sich aber sehr auf den engeren Familienkreis. Sie kennt die Folgen einer falschen Ernährung und einer mangelnden Bewegung: Zucker, Bluthochdruck, Cholesterin, Übergewicht, Magersucht. Sie bewundert Leute, die sich sehr gesund ernähren und sich auch sehr gesund und genug bewegen.

Nummer 69: Männlich, 85 Jahre, mittlere soziale Schicht, schwer, Romandie

Er isst nach Appetit. Genuss gehört für ihn zum Essen, was sich in der Gesellschaft aber auch alleine realisieren lässt. Er macht sich aber sonst eher wenig Gedanken, er kennt auch die Ernährungspyramide nicht. Er geht immer mit einem Einkaufszettel einkaufen, wenn möglich in die lokalen Läden, manchmal auch ins COOP oder in die MIGROS. Eigentlich schaut er nur auf das Verfallsdatum und die Frische der Lebensmittel. Er bewegt sich regelmässig, weil ihm das Freude macht und es ihm gut tut, sich an der frischen Luft zu betätigen. Er möchte in Form bleiben und Muskulatur erhalten. Bewegung nimmt einen wichtigen Stellenwert ein in seinem Leben. Sein Gewicht macht ihm manchmal ein bisschen Sorgen. Er kennt aber den Begriff BMI nicht. Er ist bezüglich Gesundheitsinformationen sehr interessiert und er findet es gut, dass es viele Informationen über die Gesundheit gibt. Er fühlt sich informiert. Da er bestimmte Zeitschriften abonniert hat, kennt er hauptsächlich Themen, die in diesen Zeitschriften vorgestellt werden. Wenn er mal eine Frage hat, geht er in die Drogerie und dann zum

Arzt. Aber auch wenn er sehr informiert scheint, kann er sich nicht an eine einzige Werbung bezüglich Gesundheit erinnern. Das Internet kennt er nicht. Gespräche über das Thema Gesundheit führt er eigentlich nicht, nur in der Familie, und auch dort in vernachlässigbarer Weise. Eine ideale Person für ihn wäre eine, die nicht raucht, nicht trinkt und sich viel bewegt. Aber auch wenn er eine solche Person „gut“ findet, kann er keinen Zusammenhang zwischen Ernährung und Bewegung und der Gesundheit aufzeigen und kann auch nicht beschreiben, wie er seine Gesundheit selber durch seinen Lebensstil beeinflussen könnte.

Nummer 93: Männlich, 21 Jahre, hohe soziale Schicht, mittelschwer, Tessin

Er schaut auf die Regelmässigkeit beim Essen und isst gerne in Gesellschaft. Besonders wichtig sind ihm festliche Angelegenheiten. Er hat klare Vorstellungen, was wann gegessen wird. Gesundheit steht aber im Mittelpunkt. Er kauft immer Bioprodukte und wenn nicht Bio, dann sicher Inlandprodukte, den Preis schaut er manchmal an. Er bewegt sich regelmässig um sich ab zu reagieren und um wieder mehr Konzentration zu gewinnen; er sagt, dass eine gute Bewegung sicher auch eine Stütze zur Gedächtnisfunktion ist. Er hat sein Gewicht unter Kontrolle, er will einfach sicher nicht untergewichtig werden. Er kennt die Ernährungspyramide, aber er setzt sie nicht um. Er findet, es gibt zu viele Informationen über die Gesundheit, aber die Informationen berühren ihn eigentlich nicht, darum macht er sich da nicht mehr Gedanken. Er erinnert sich auch nicht an irgendwelche Werbung. Manchmal liest er irgendetwas in den Zeitungen. Er wäre eigentlich daran interessiert, mehr über Bioprodukte und die Produktion bei Auslandprodukten zu erfahren. Wenn er etwas über Ernährung wissen möchte, dann fragt er zuerst seine Mutter, dann den Arzt oder den Ernährungsberater. Wenn es um Bewegung geht, dann fragt er seinen Trainer. Er kennt die Folgen einer ungesunden Ernährung und einer mangelnden Bewegung: Herz-Kreislauf Erkrankungen, Cholesterin, Untergewicht, Bluthochdruck. Er sieht auch, dass er mit Ernährung und Bewegung seine Gesundheit beeinflussen kann. Nicht beeinflussen kann er den Smog, die Umweltvergiftung. Jemand, den er bewundert, treibt einfach sehr diszipliniert Sport,

was mehr Konzentration und schliesslich auch mehr Erfolg im Beruf bedeutet. Eine gesunde Ernährung gehört sicher auch dazu.

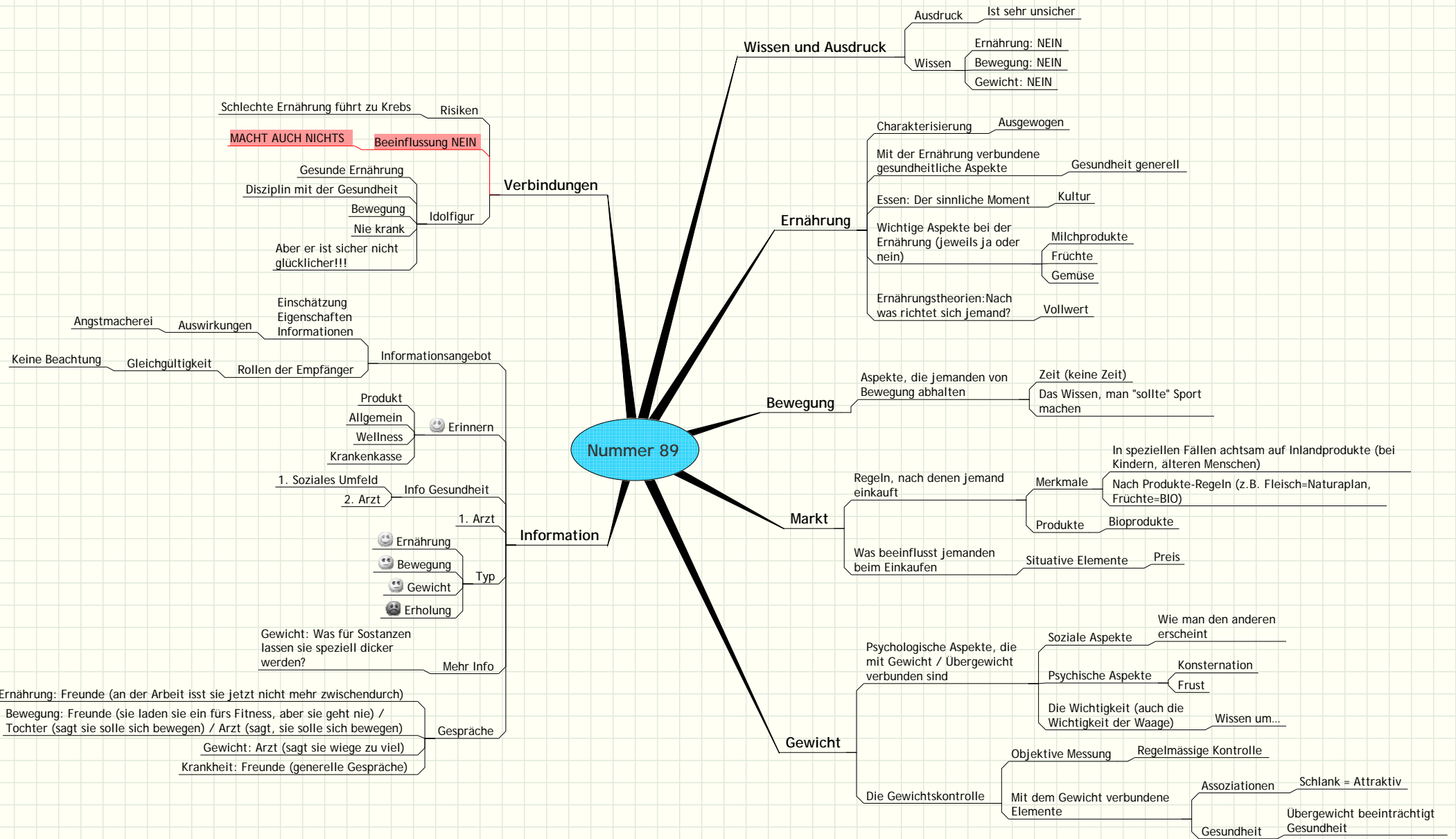
Nummer 9: Männlich, 37 Jahre, normale soziale Schicht, mittelschwer, Deutschschweiz

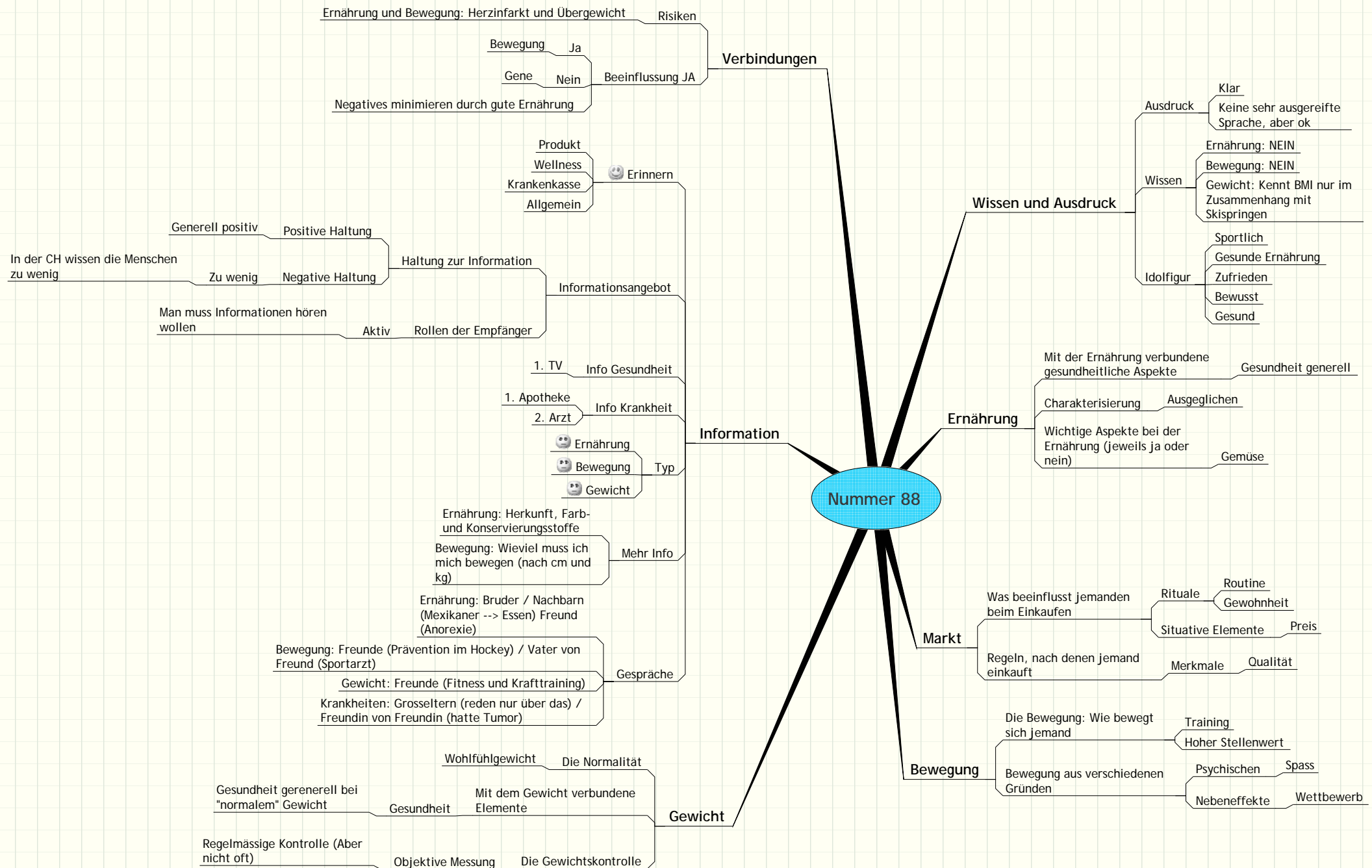
Er isst, seiner Meinung nach, vollwertig. Er isst immer in der Kantine und versucht seit einiger Zeit, das Fett zu reduzieren. Er isst sehr gerne Milchprodukte und konsumiert dementsprechend auch relativ viele davon. Er isst wenig Salz und versucht, so auf seine Gesundheit zu achten. Er geht immer mit einem Zettel einkaufen und er achtet auf den Fettgehalt. Bewegen tut er sich nicht. Mit seinem Gewicht ist er zufrieden, der BMI ist ok und er denkt, sein Idealgewicht gefunden zu haben, das ist das Wohlfühlgewicht. Die Gesundheit ist ein wichtiger Ratgeber beim Gewicht. Er findet die Menge an Gesundheitsinformationen angemessen und er liest manchmal spezialisierte (seiner Meinung nach) Zeitschriften aus der Drogerie. Er weiss, dass in Frauenzeitschriften viele Informationen zur Gesundheit sind. Wenn er Informationen braucht, dann konsultiert er Bücher, Fachliteratur und dann den Arzt. Zeitungen liest er generell und manchmal auch Beiträge zum Thema Gesundheit, zurzeit zum Thema Vogelgrippe. Er erinnert sich relativ gut an Werbungen, wie Wellnesshotels, Nordic Walking, Krankenkassen und Fitness-Abo, Cornflakes und Milch. Er ist nicht sehr aktiv in der Informationssuche und hat auch kein Bedürfnis nach mehr Information. Wenn er etwas wissen will, dann weiss er, wo er was finden kann. Gespräche finden mit den Eltern und der Freundin statt, meistens mit der Freundin. Mit den Eltern spricht er meistens über Ernährung, mit der Freundin über Nordic Walking, Gewicht und Kopfweh. Er kennt die Risiken einer ungesunden Ernährung und einer mangelnden Bewegung: Herz-Kreislauf, Gelenkerkrankungen, Muskelerkrankungen (Mineralstoffmangel). Er sieht den Zusammenhang zwischen Ernährung und Bewegung. Gesundheit ist wichtig.

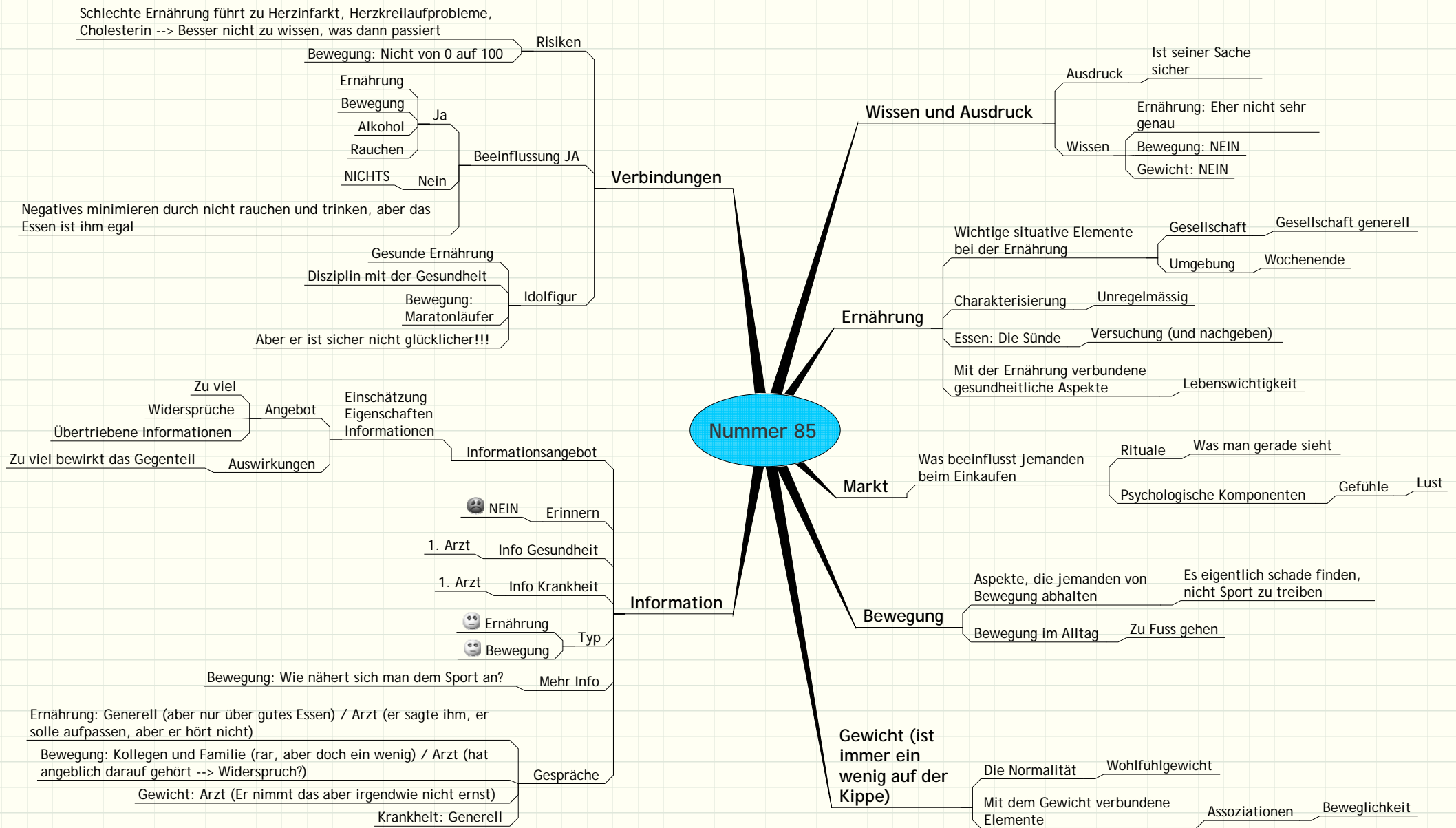
Nummer 87: Weiblich, 41 Jahre, normale soziale Schicht, leicht, Tessin

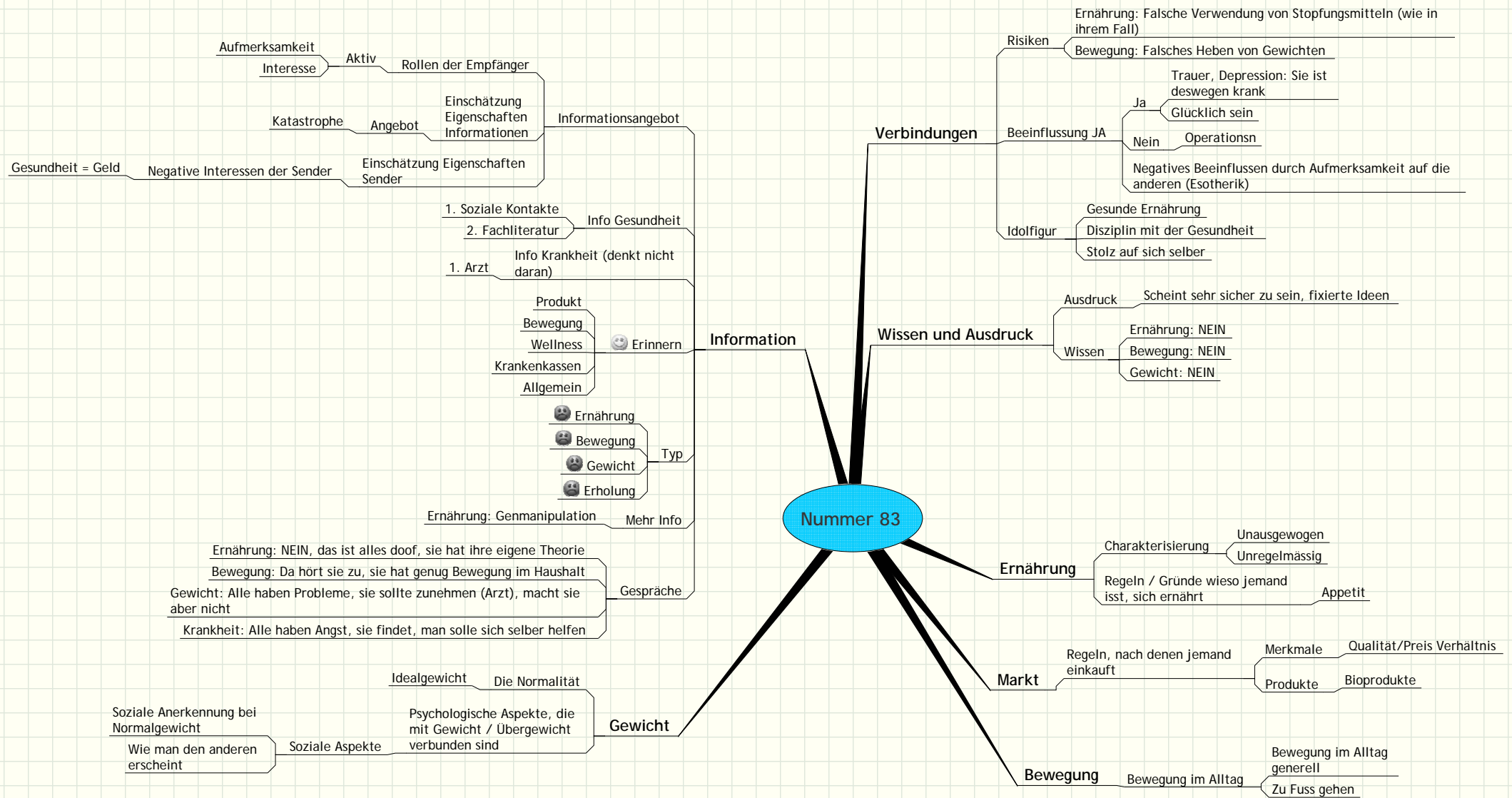
Isst, was sie Lust hat, schenkt dem Essen eigentlich nicht allzu viel Aufmerksamkeit. Sie hat ein Interesse an Rezepten. Sie trinkt viel, das ist gut für ihre Gesundheit. Sie weiss

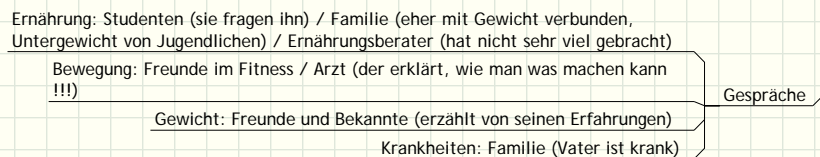
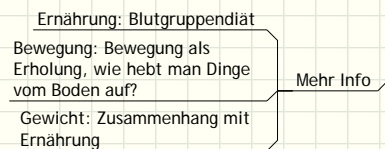
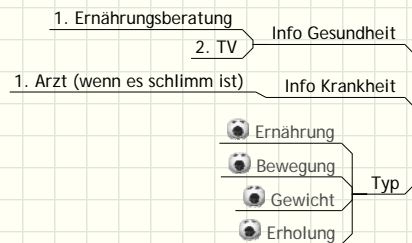
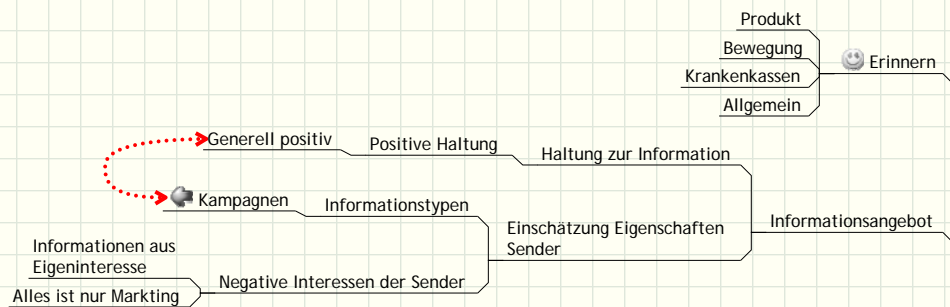
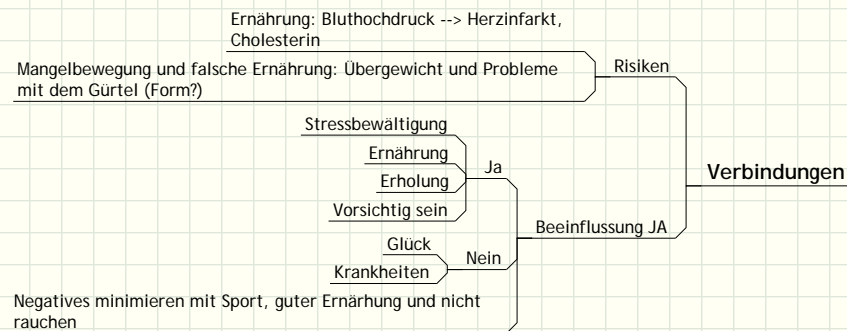
sehr viel über die Gesundheit, aber sie ist auch genervt über den Gesundheitsboom, vor allem über den „Ernährungsspleen“ der jungen Mütter. Beim Einkauf schaut sie auf den Preis und auf die Herkunft der Produkte. Sie schaut wegen den Kindern, dass diese gesund ernährt werden. Das Gewicht ist kein Thema, auch weil es bei niemandem in der Familie ein Problem ist. Bewegen tut sie sich auch, sie macht Sport und schaut, dass vor allem die Kinder auch Sport machen. Gesundheitsinformationen sind für sie zu viele im Umlauf. Die Werbung stört sie. Ernährungsinformation ist zuviel vorhanden, so dass man manchmal gar nicht mehr nachkommt. Sie erinnert sich an Informationen über Tumore, Herz-Kreislauf Erkrankungen, Menopause und Schwangerschaft. Sie kontaktiert viel den Spezialisten, den Arzt, den Kinderarzt, wenn sie ein Gesundheitsproblem oder ein Problem mit Krankheiten Sie liest viel, geht jedoch bei Bedarf zum Spezialisten. Stress, Ernährung, Erholung und Vorsicht sind Dinge, die sie beeinflussen kann, viele andere Dinge (Glück, tödliche Krankheiten, etc.) nicht. Sie kennt die Folgen von ungesunder Ernährung und mangelnder Bewegung: Herz-Kreislauf, Osteoporose und Krebs. Sie redet mit den jungen Müttern in der Schule über Ernährung und Bewegung, immer wieder mit verschiedenen Personen über Bewegung, mit dem Kinderarzt über Krankheiten und Gewicht und mit der Mutter generell über Gesundheit und Krankheit.



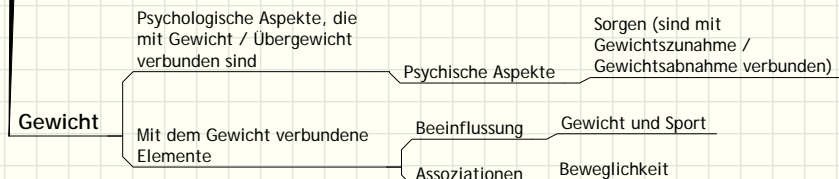
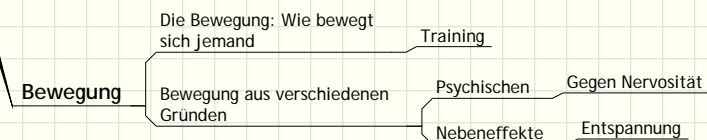
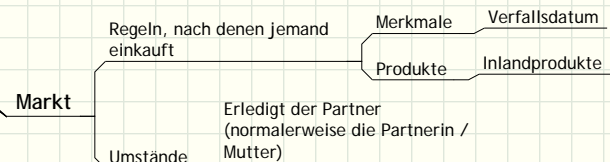
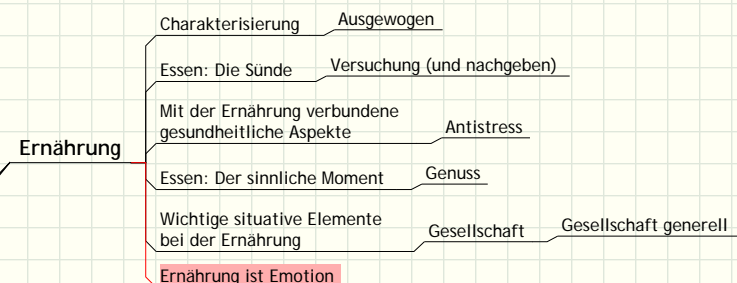
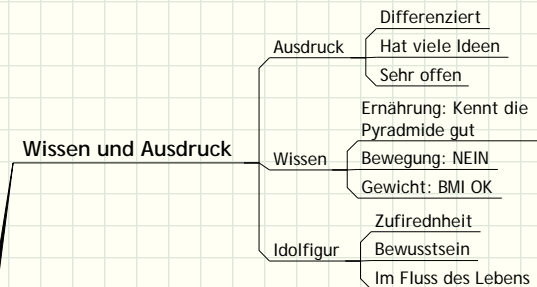


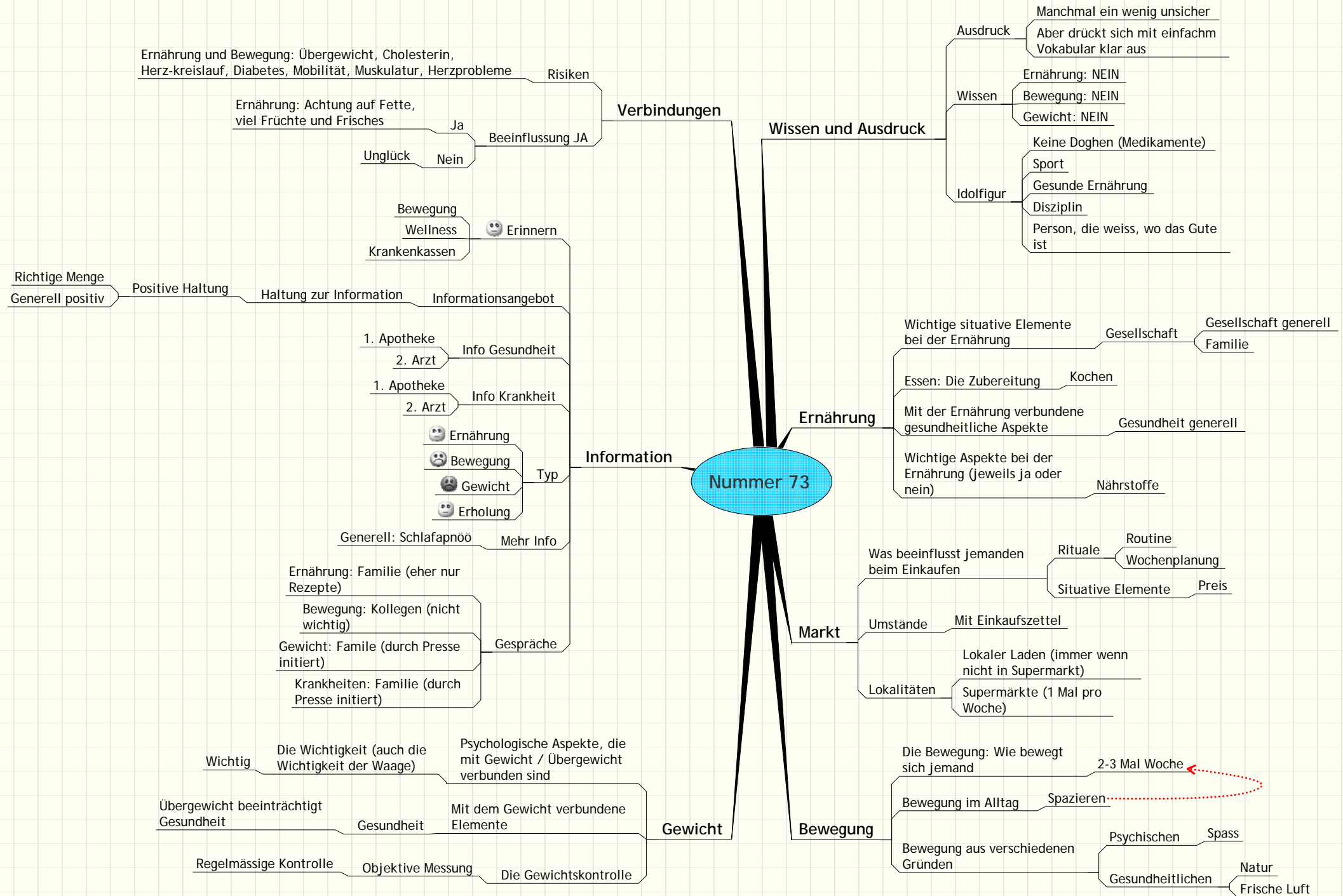


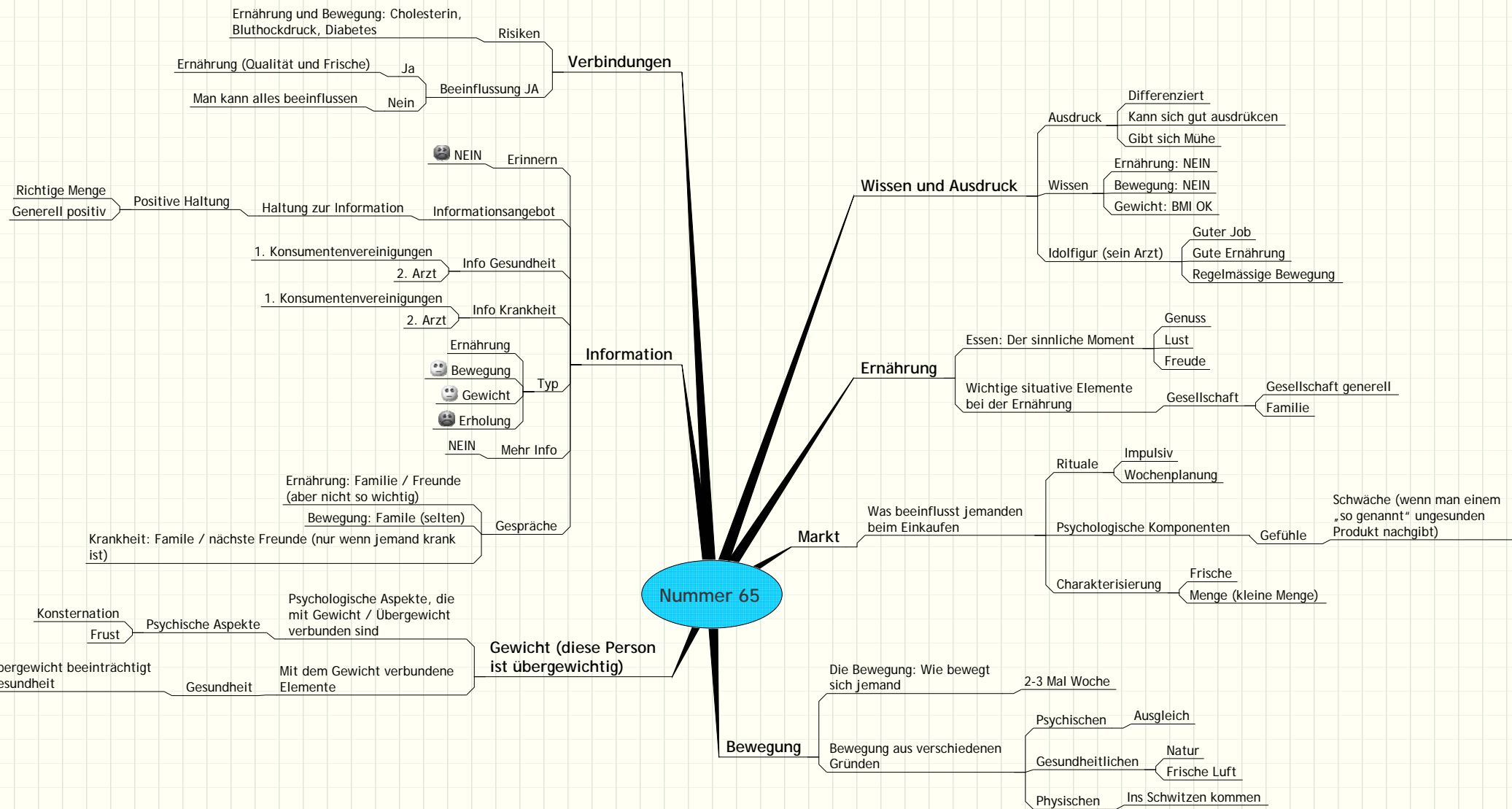


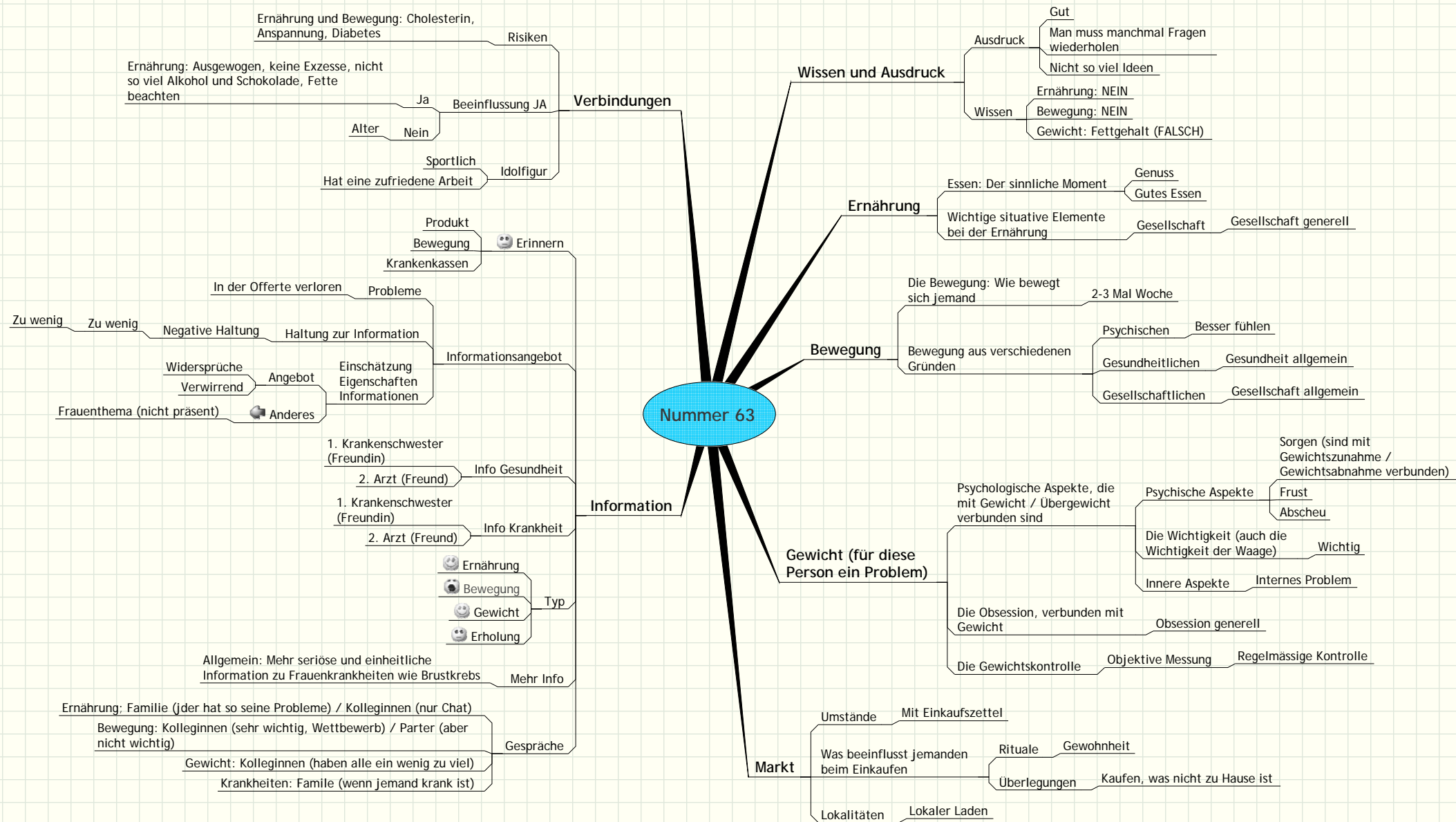


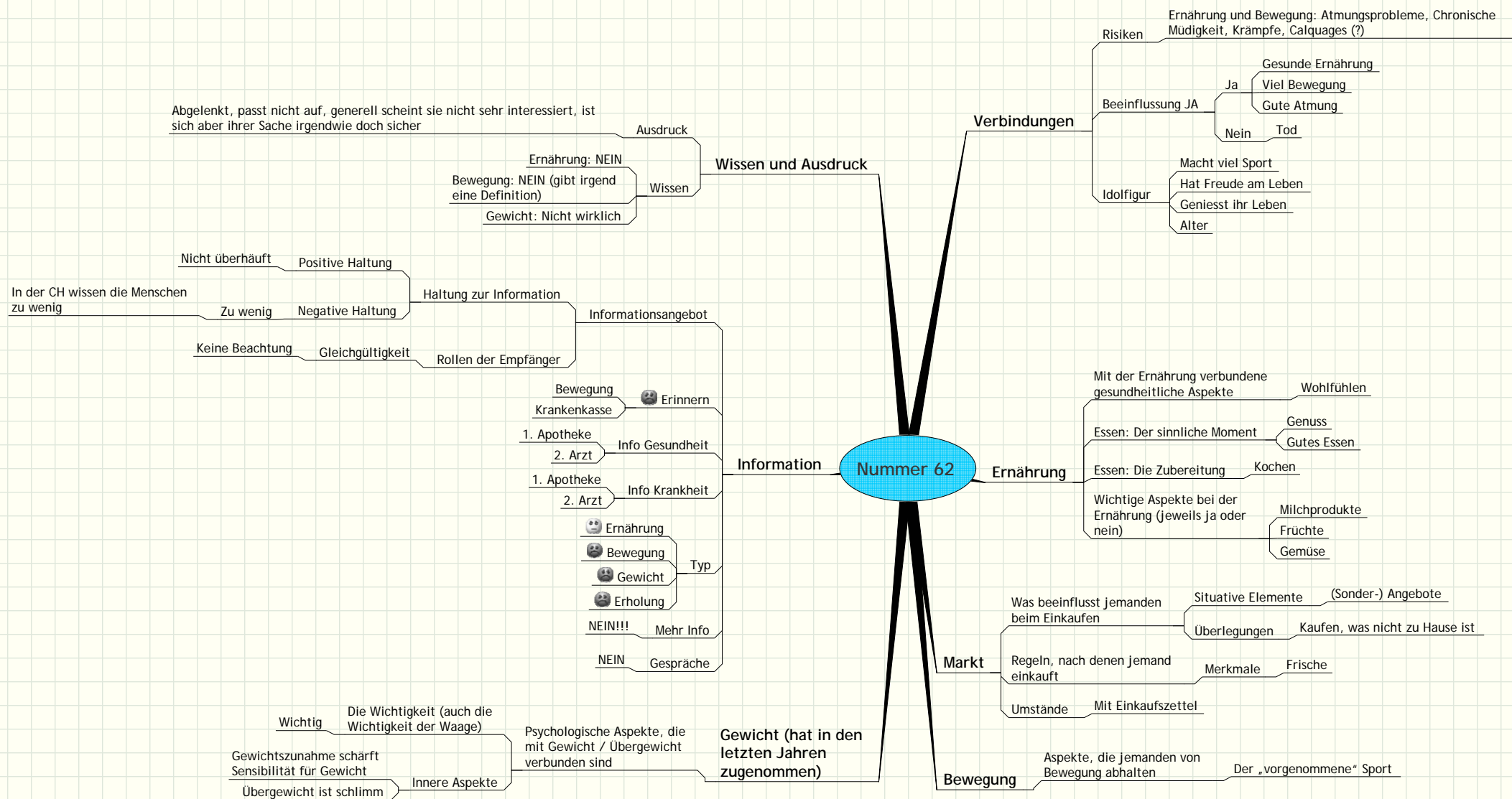
Nummer 77

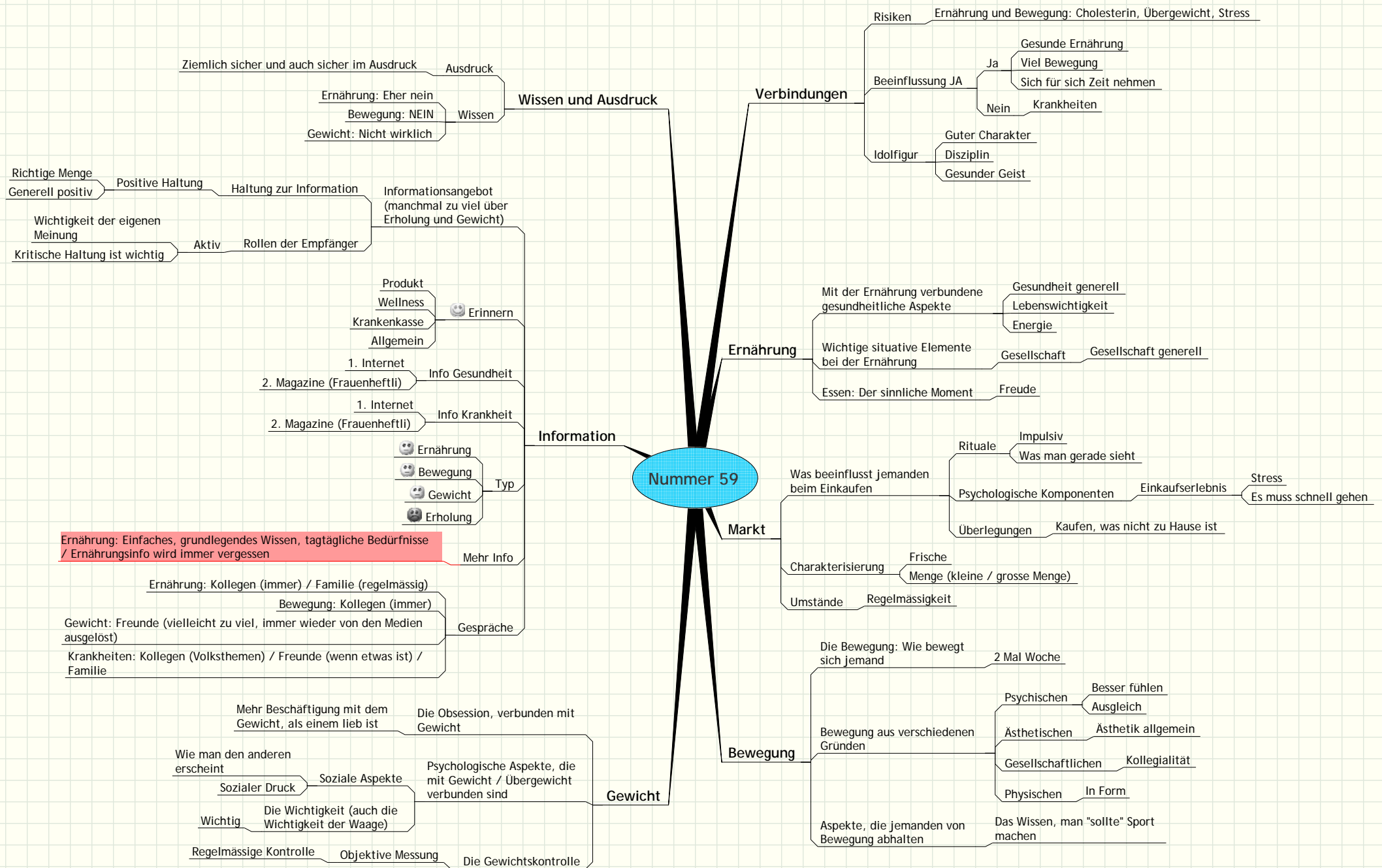


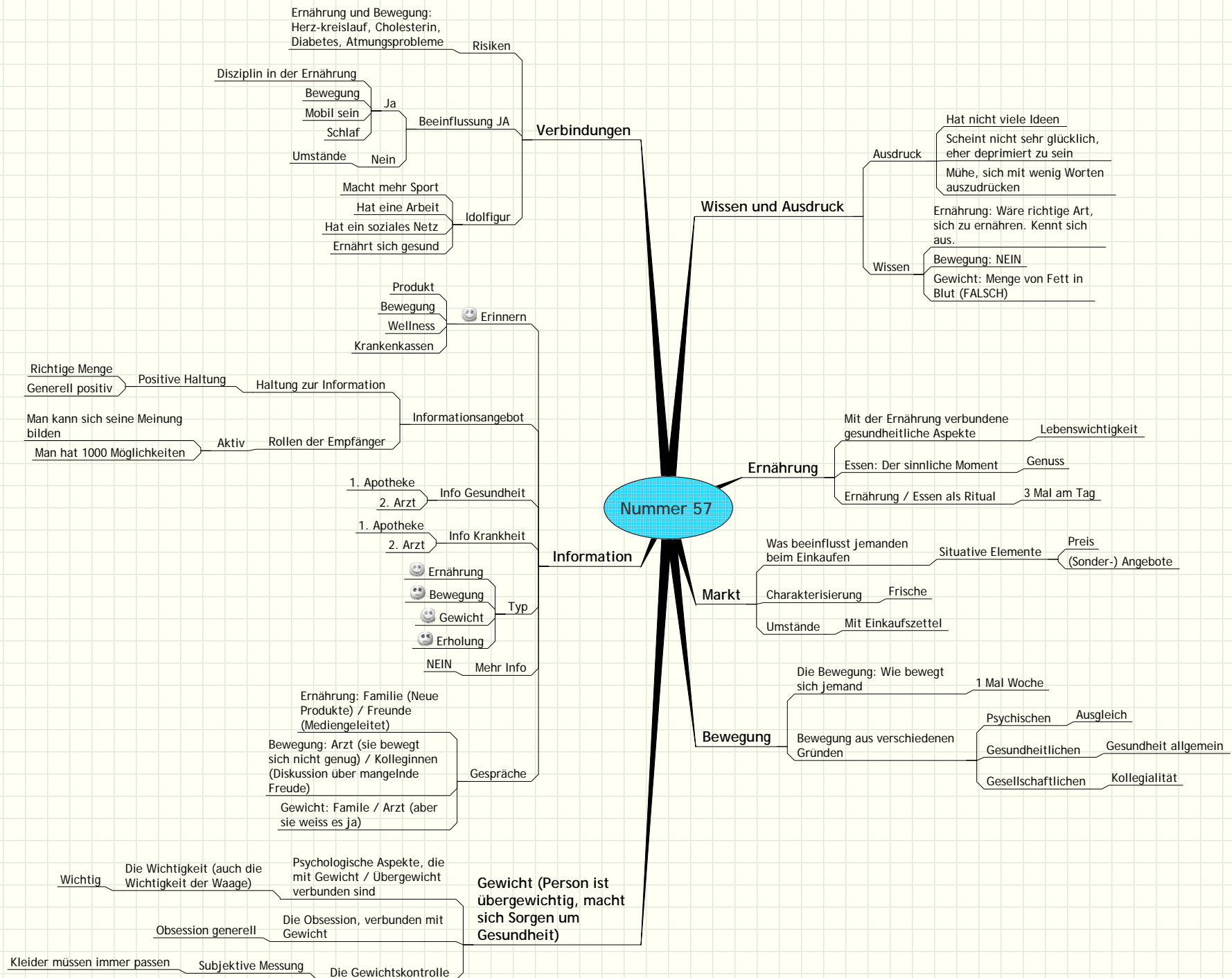


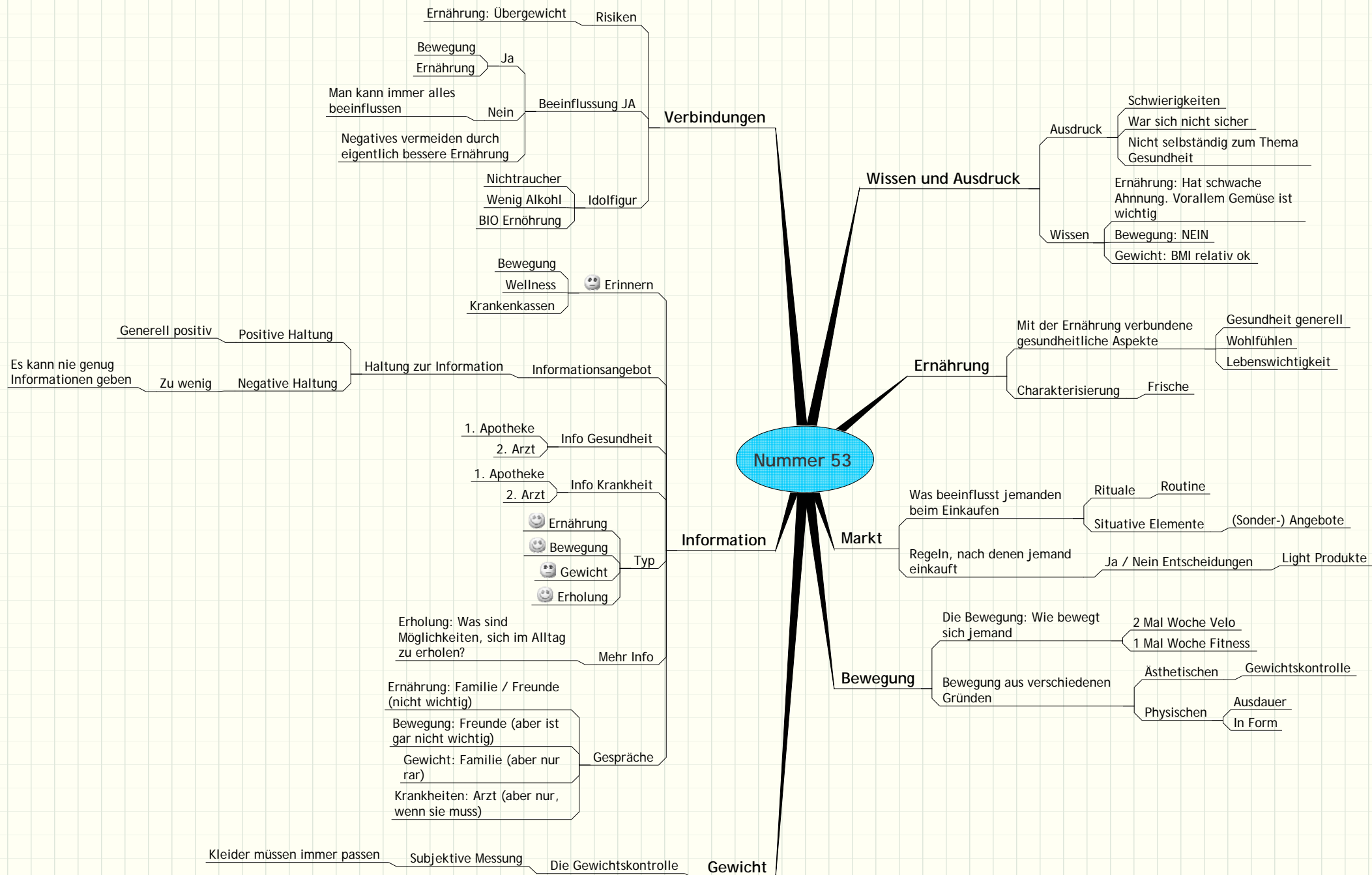


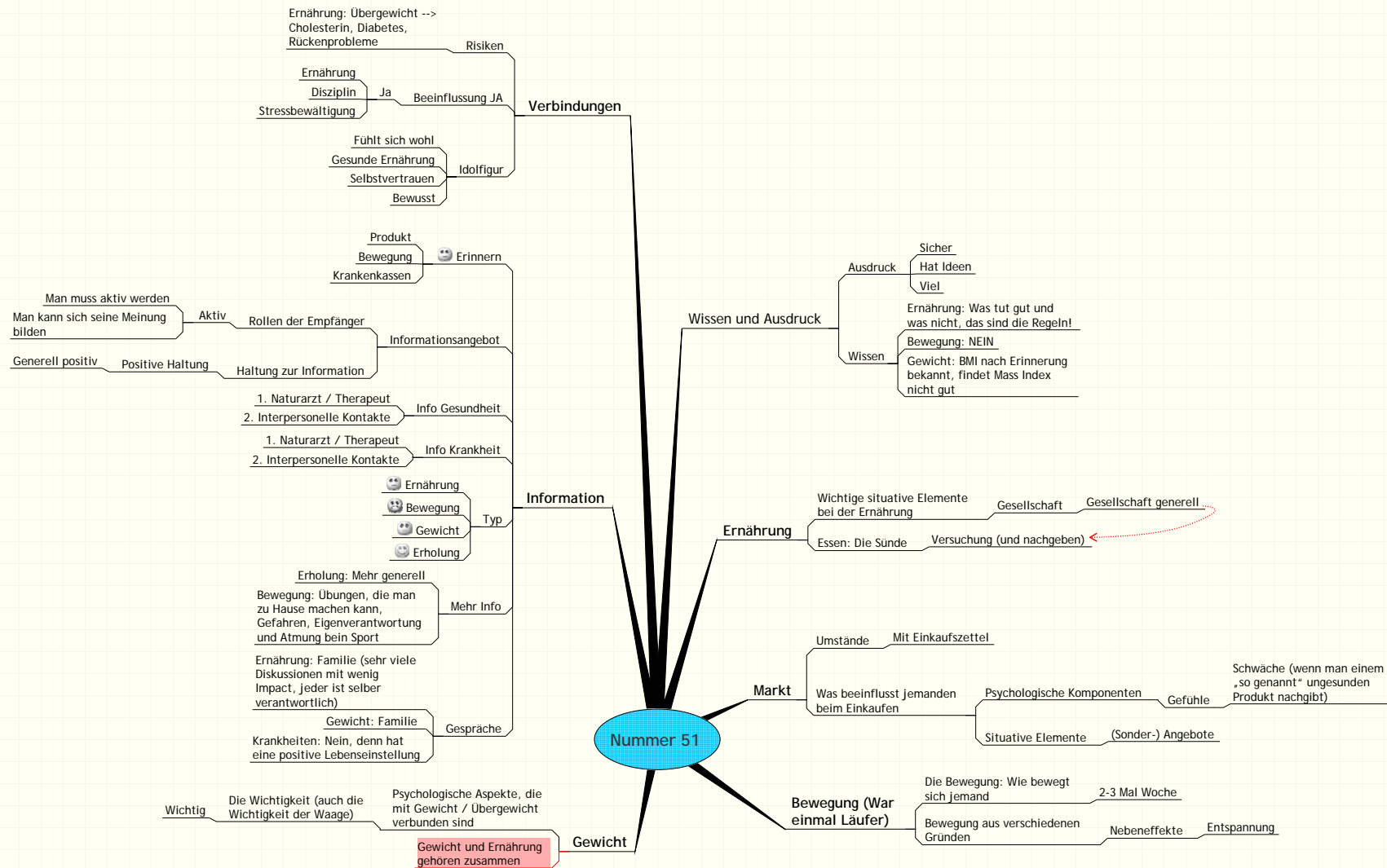


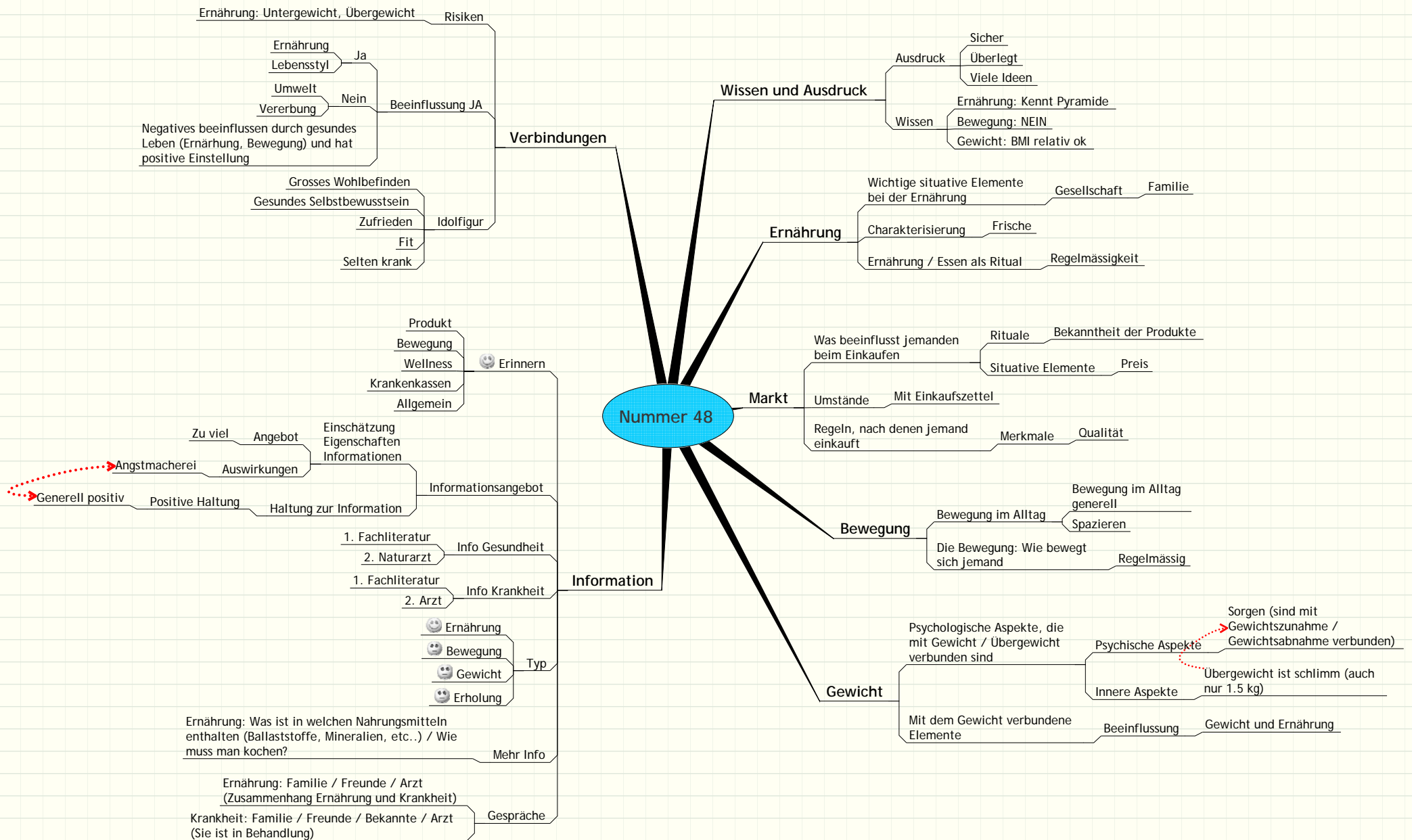


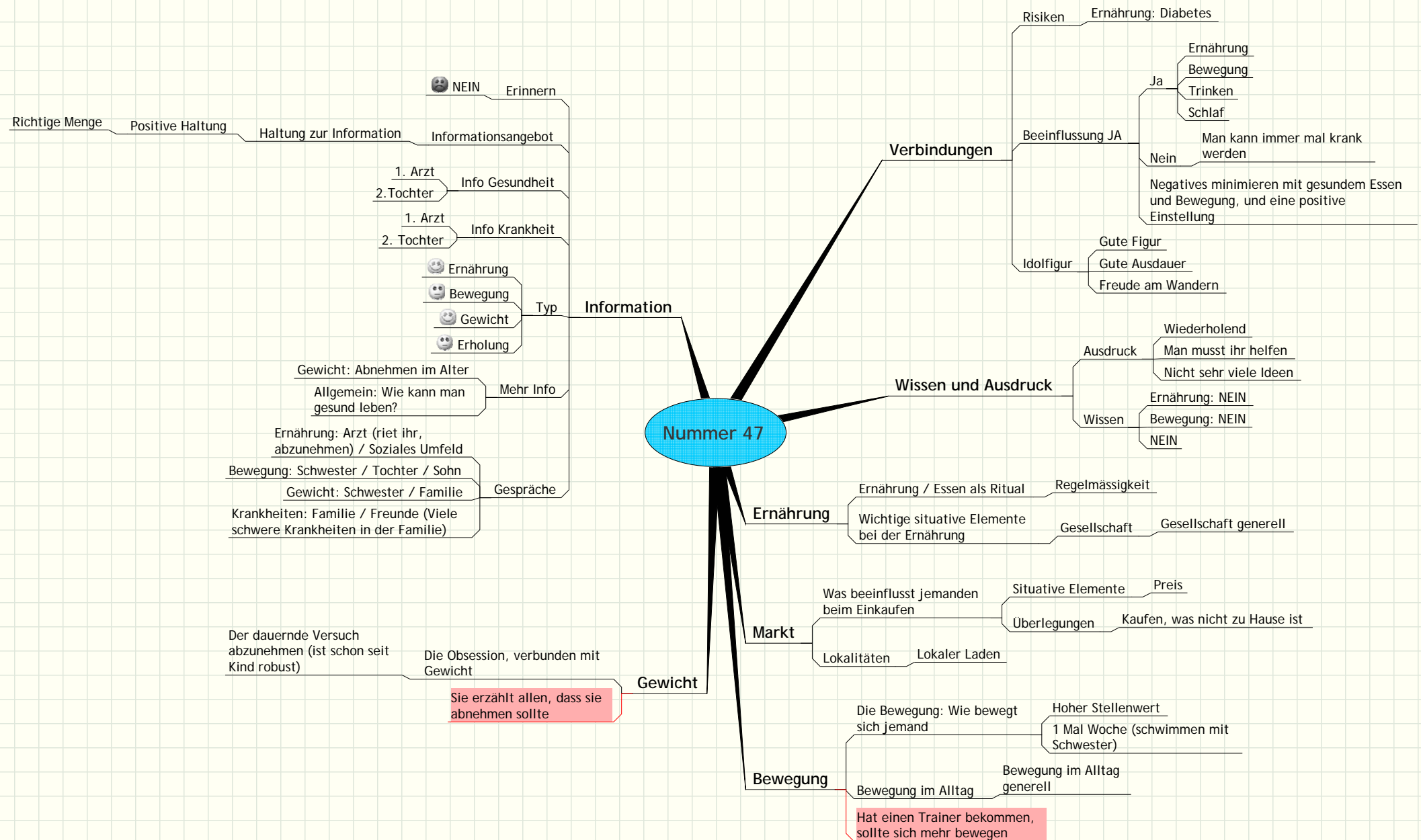


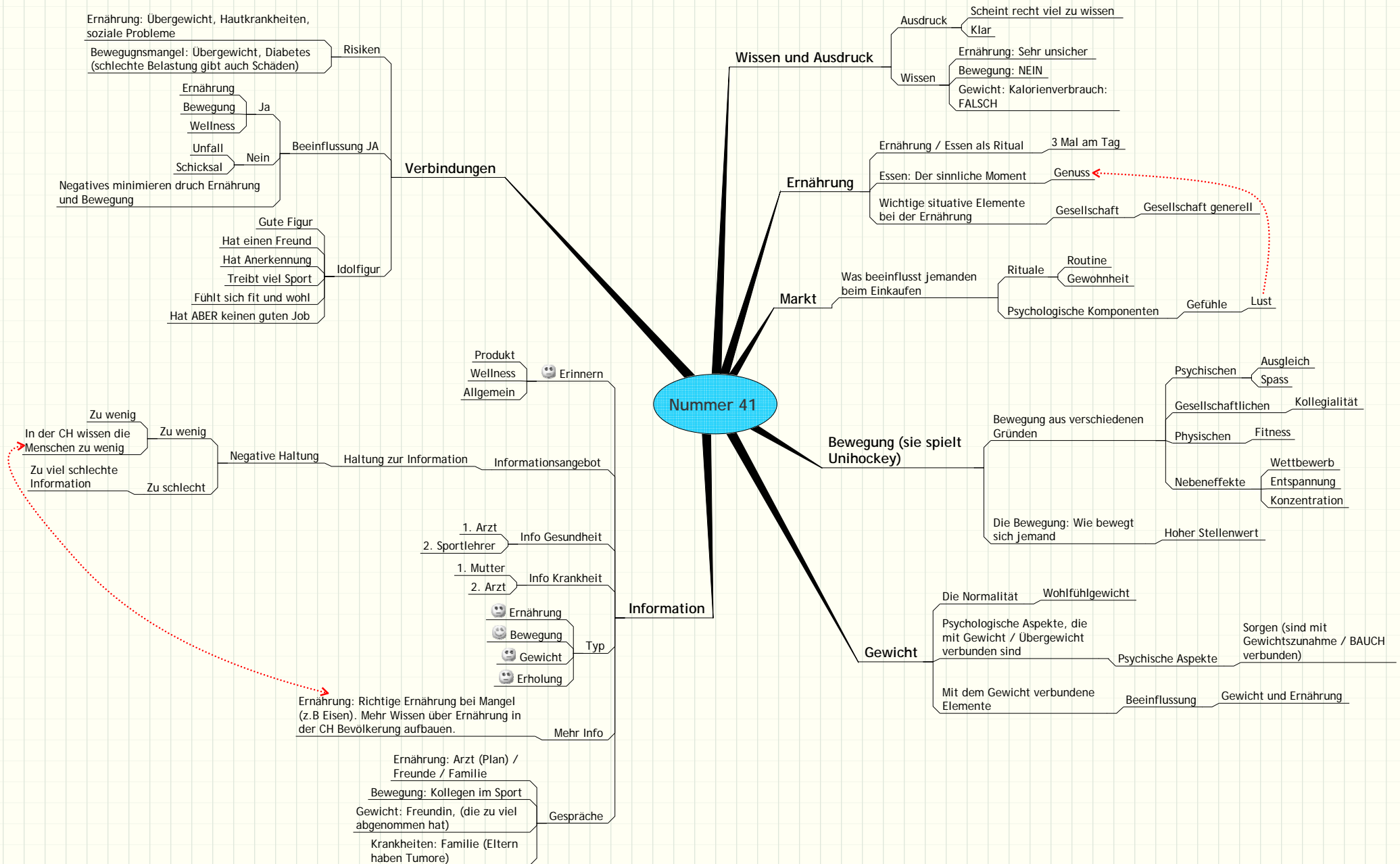


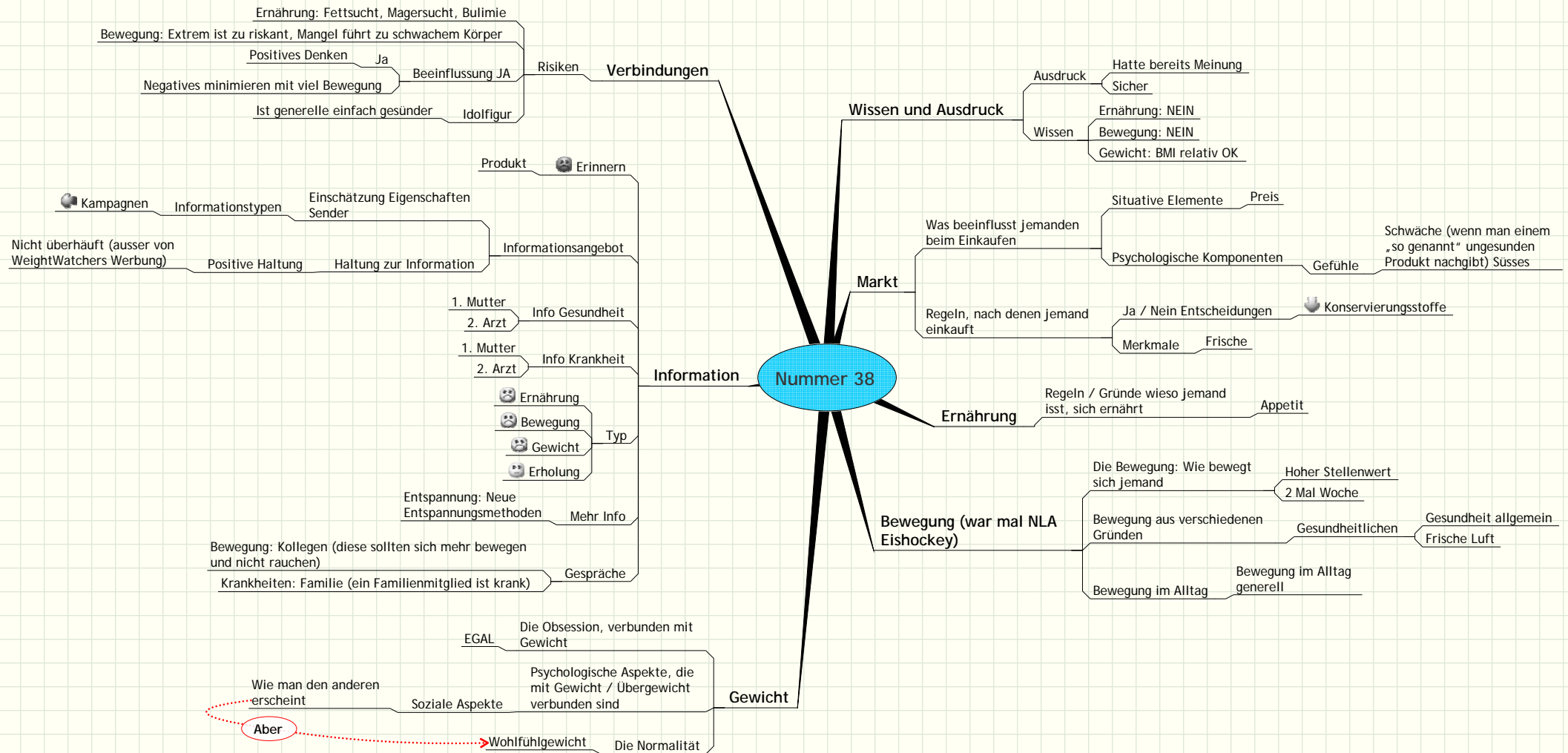


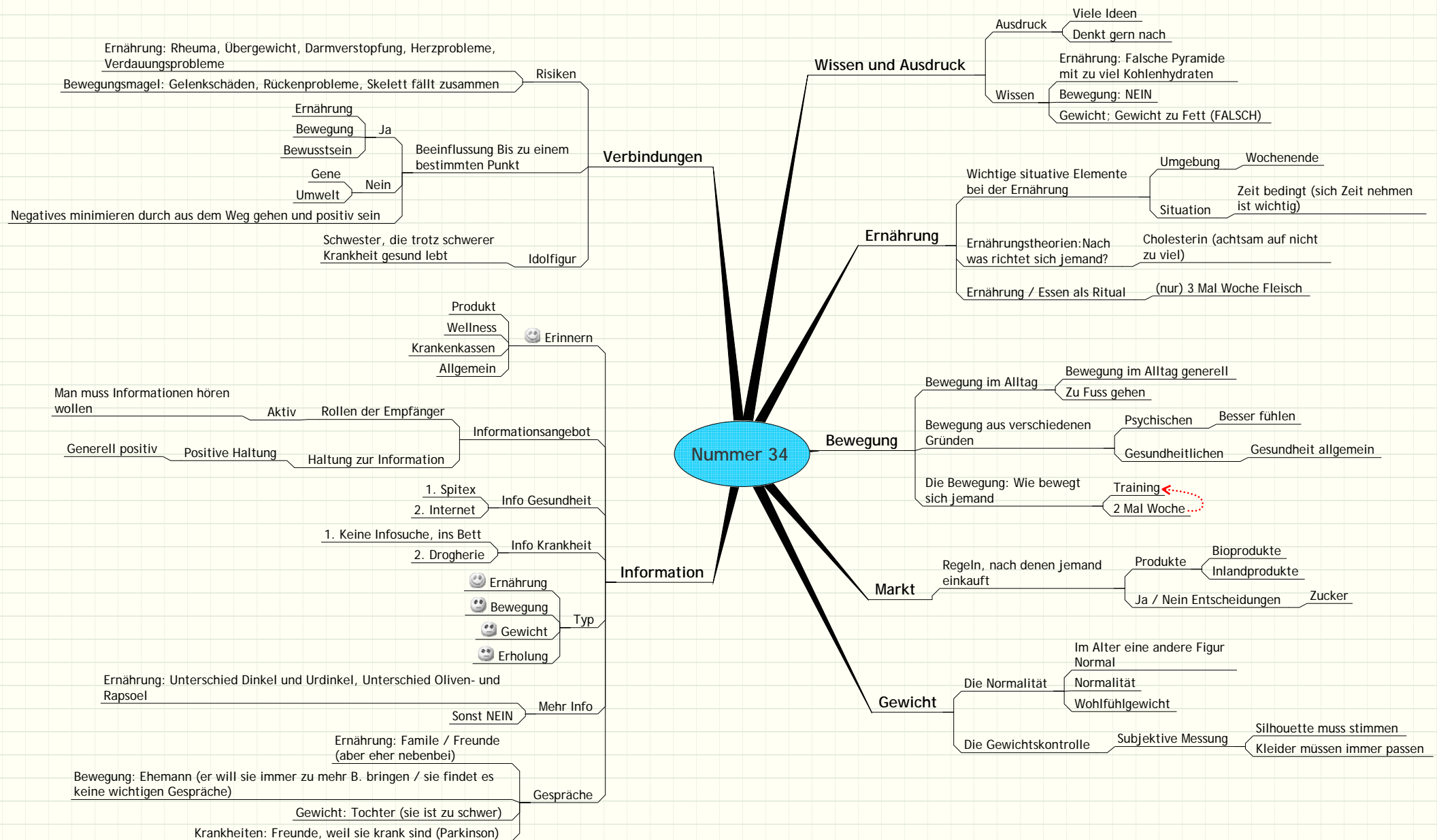


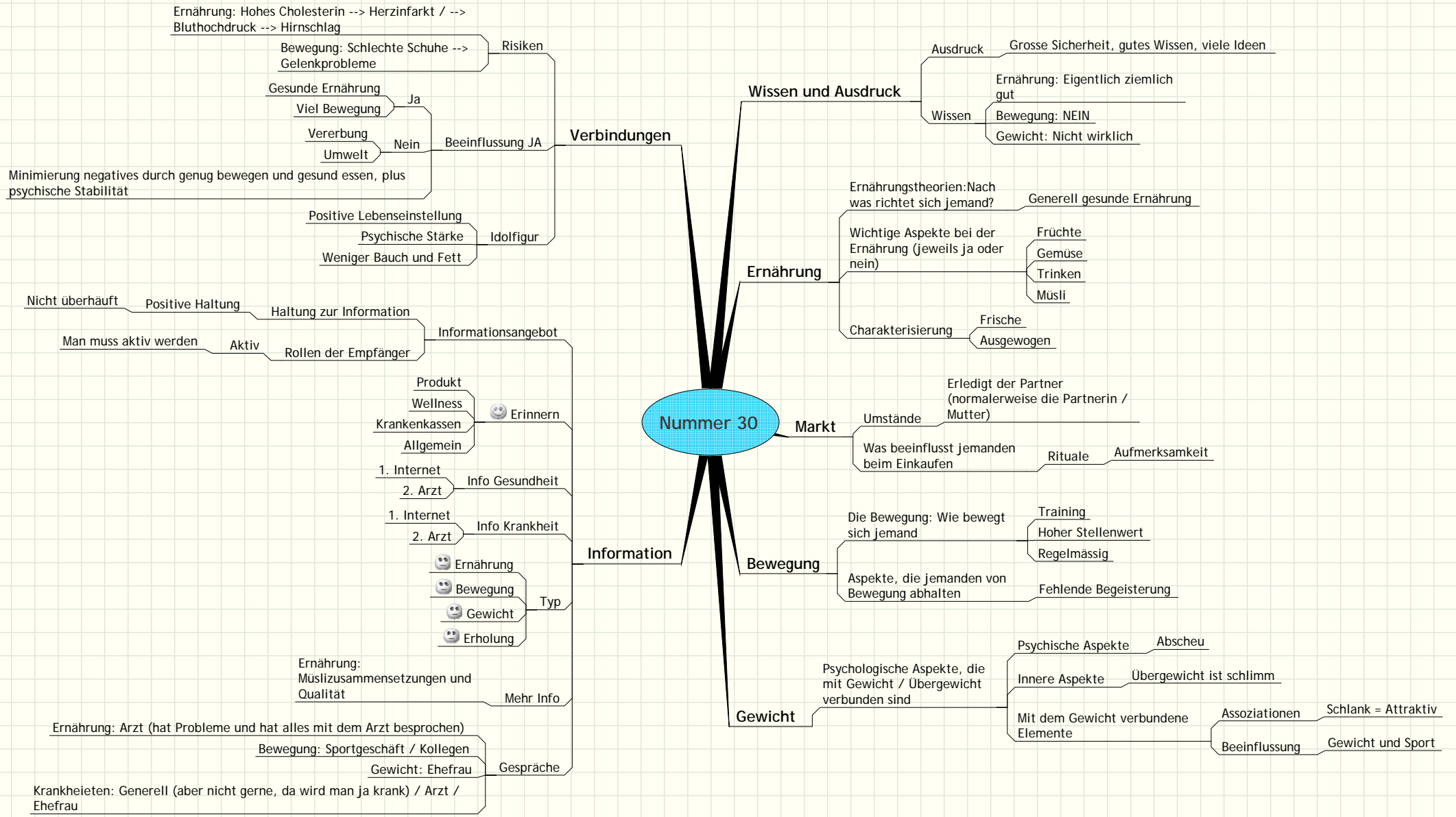


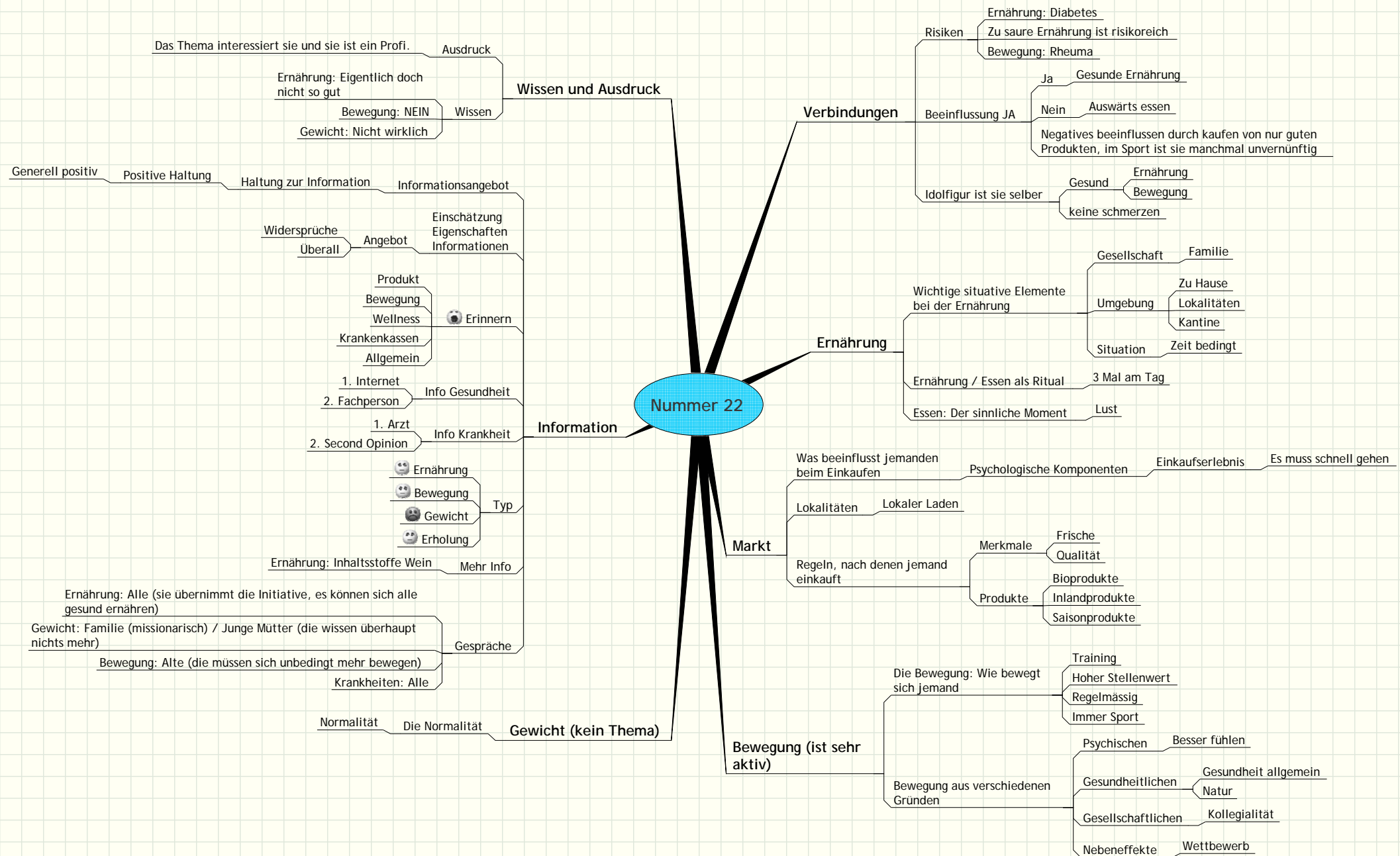


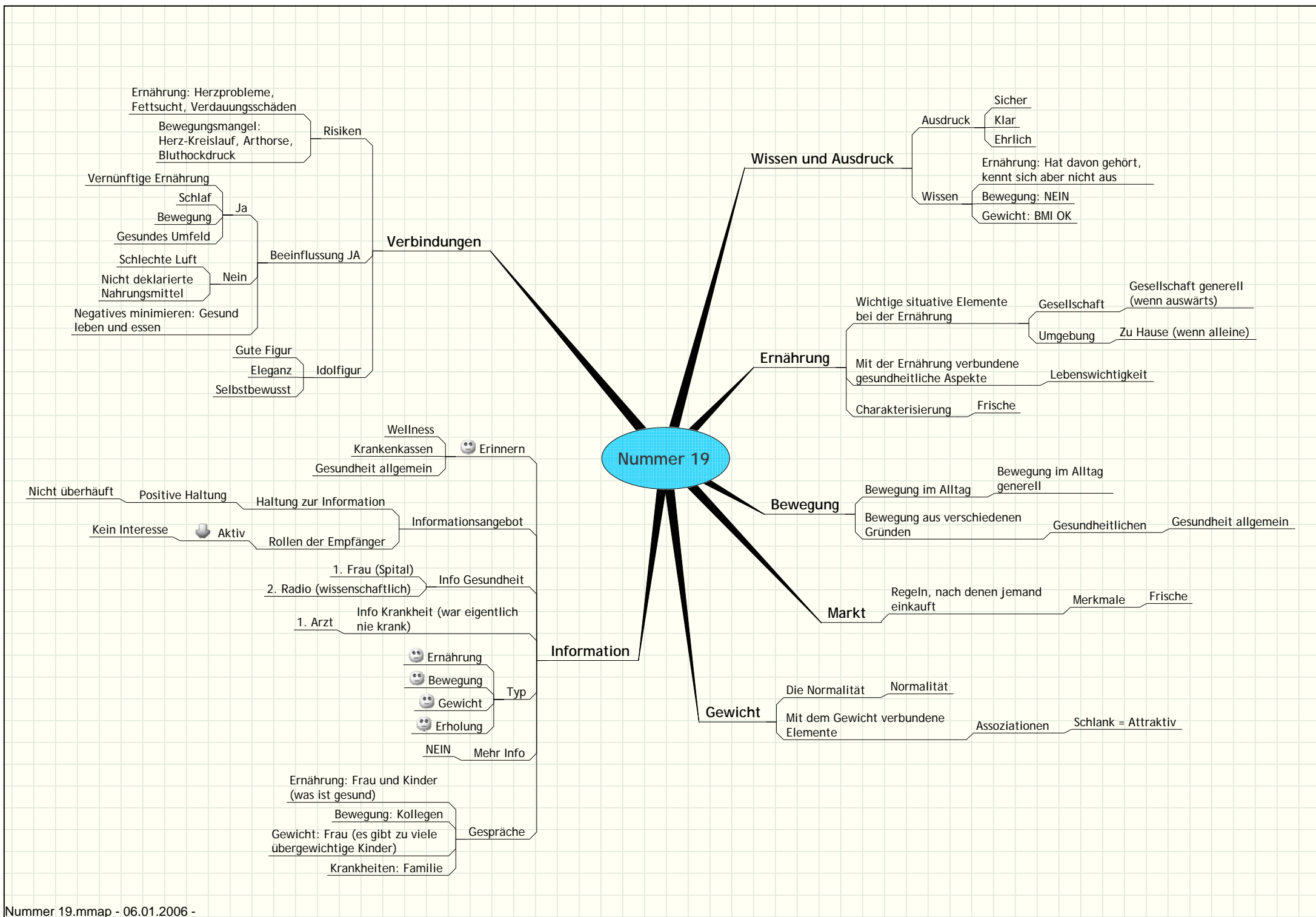


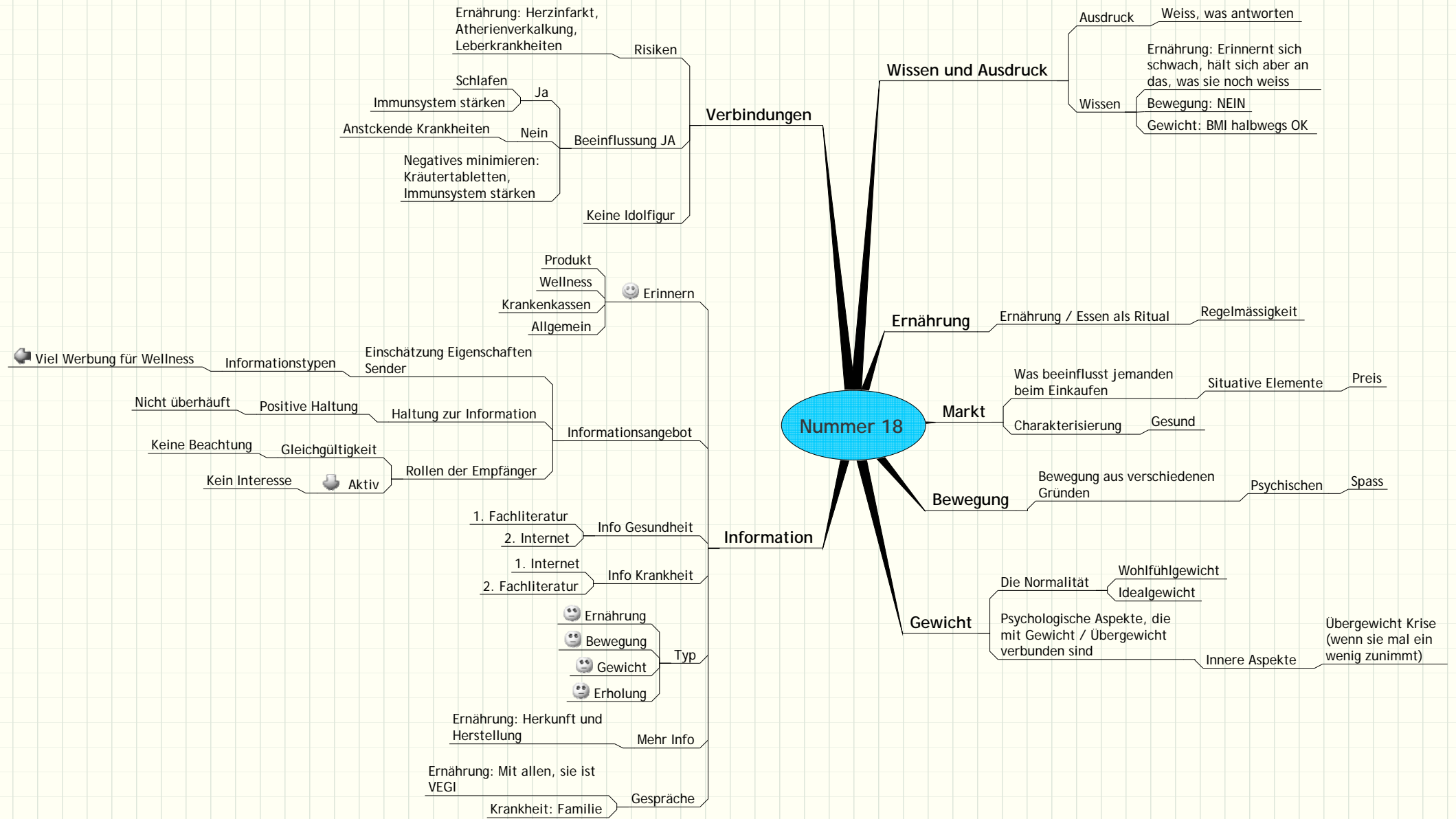


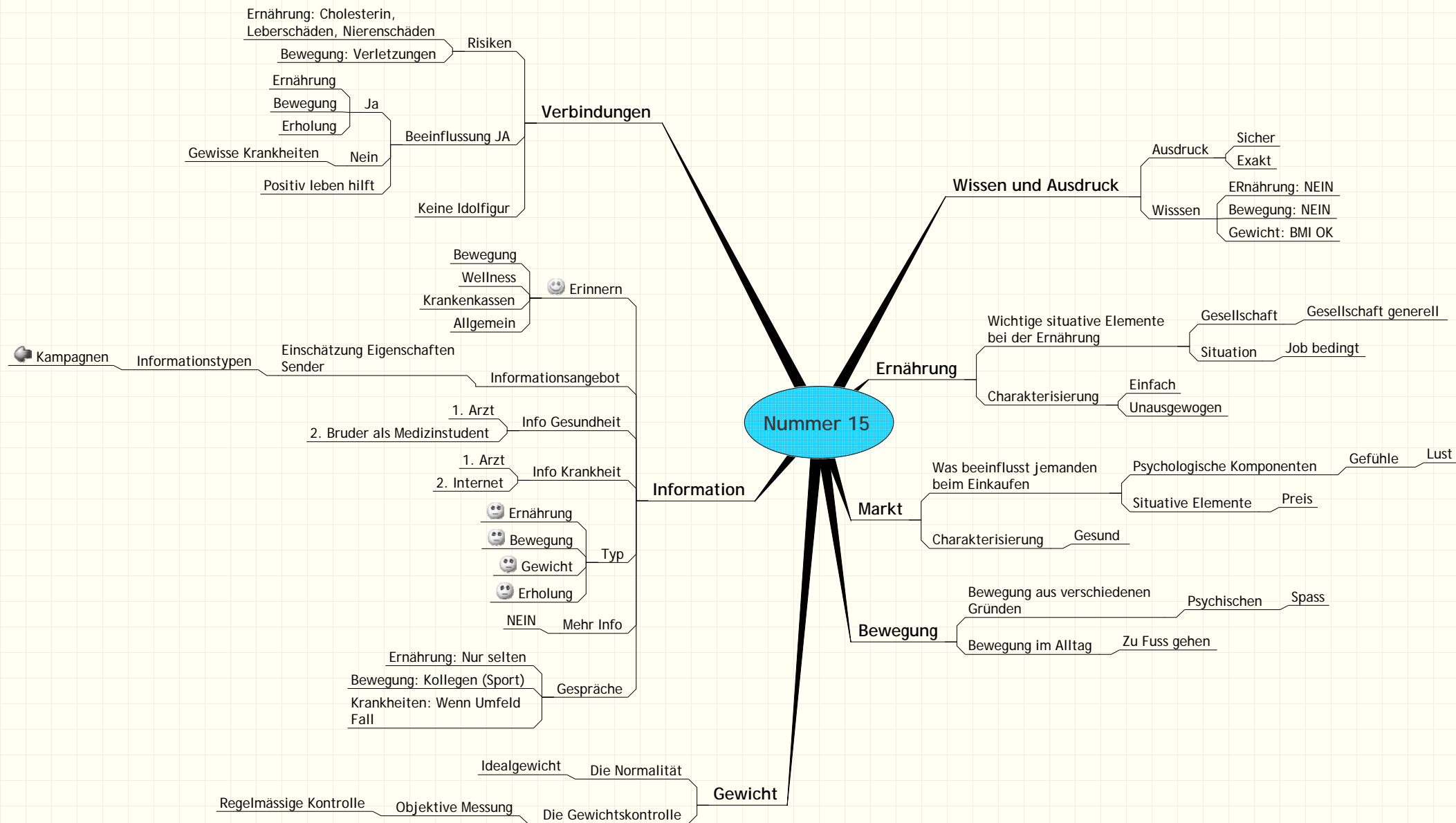


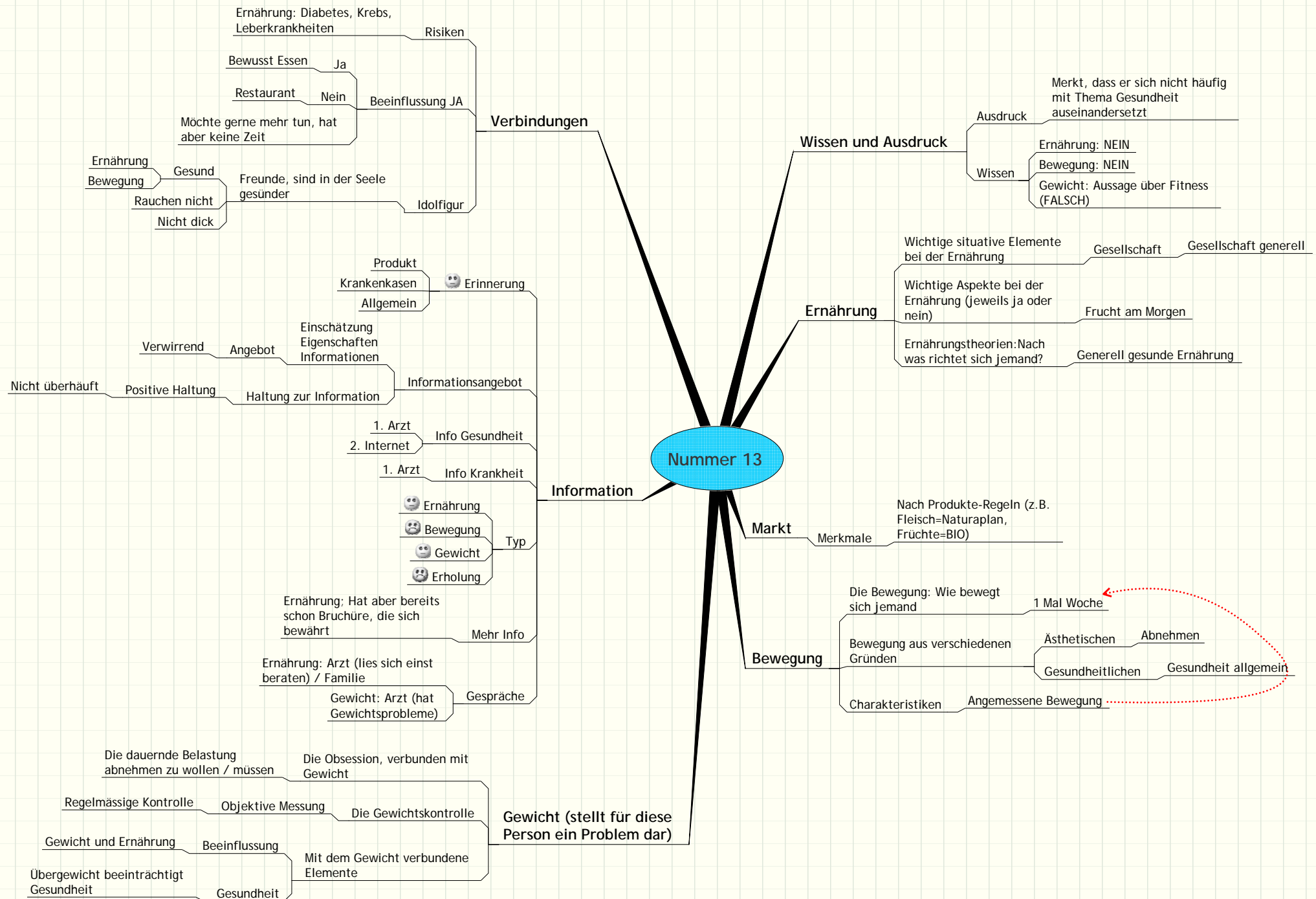


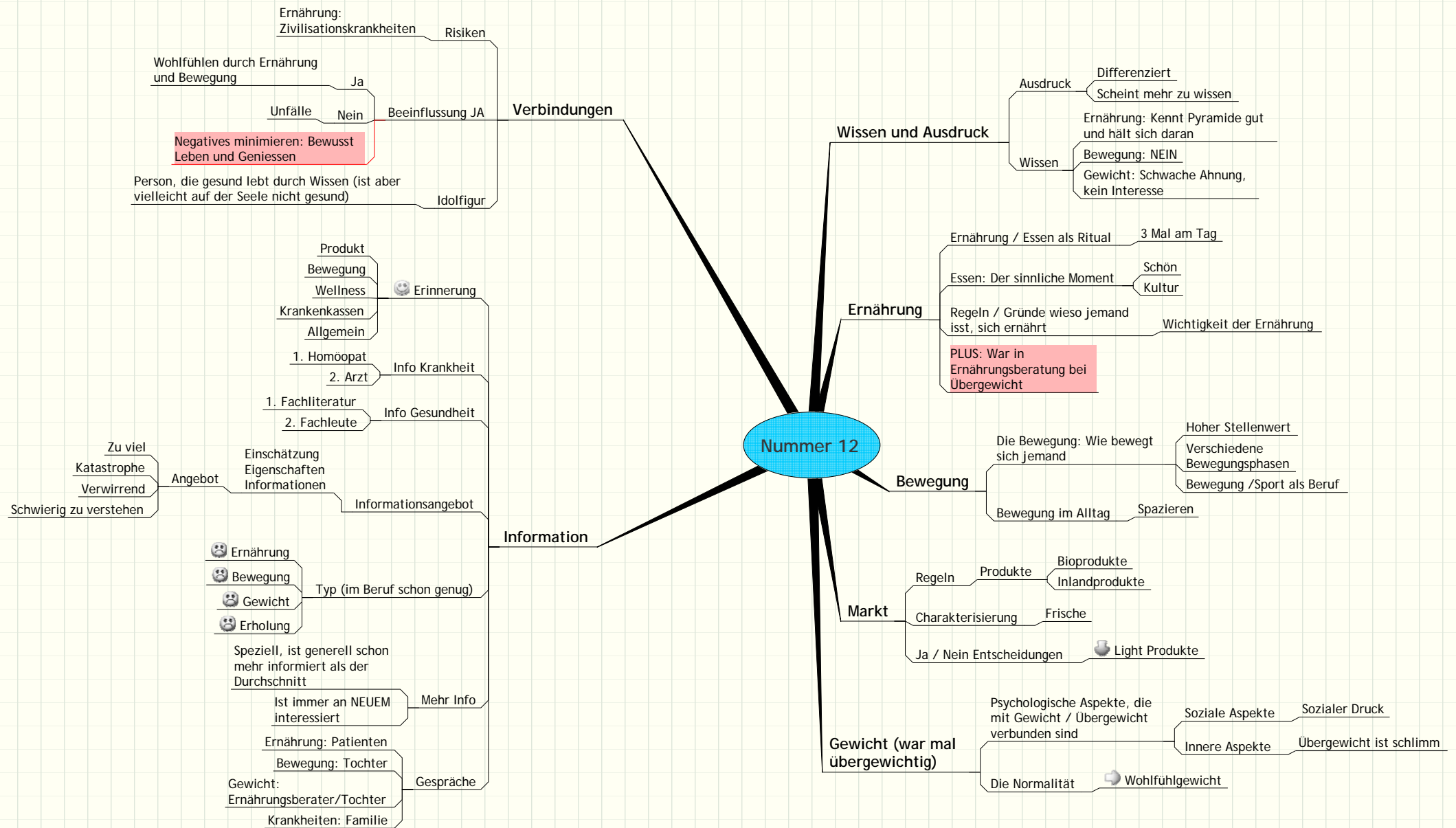


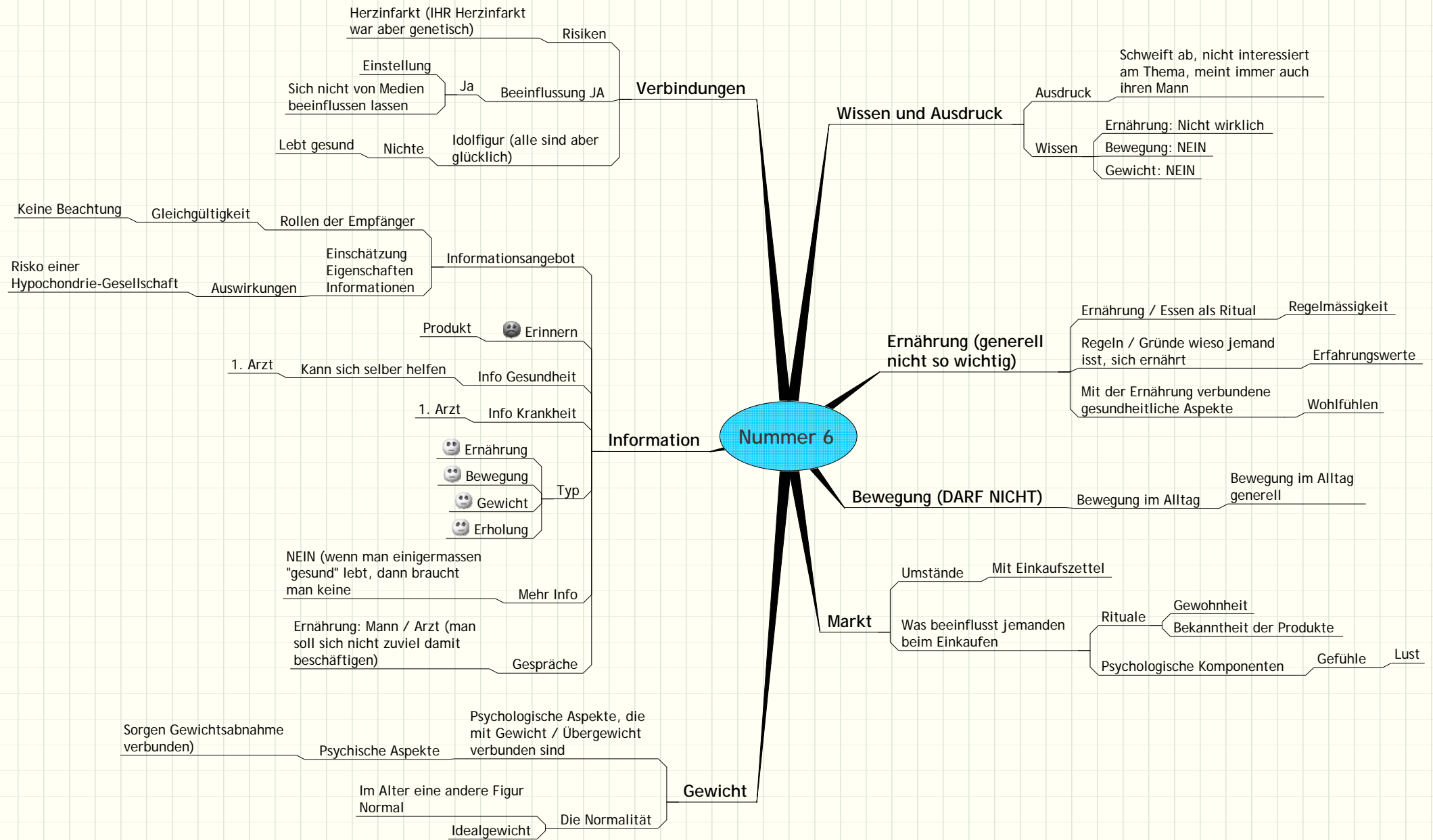


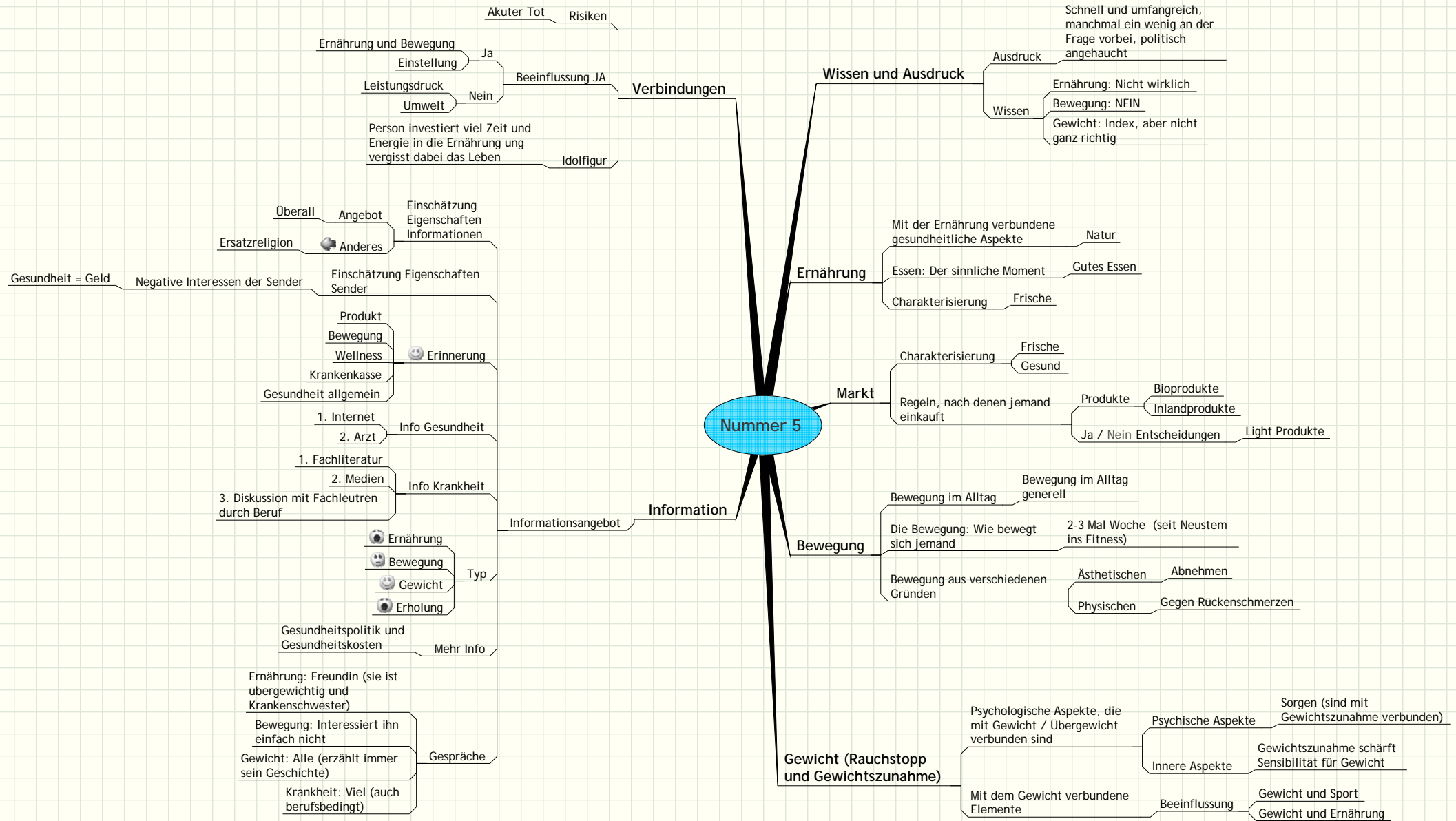












G – Bibliographie

- ABEL, T. (2007). Gesundheitskompetenz. Präsentation Expertenworkshop Gesundheitskompetenz. Bern, Gesundheitsförderung Schweiz, April 2007.
- AD HOC COMMITTEE ON HEALTH LITERACY for the Council of Scientific Affairs; American Medical Association. Health literacy. *Journal of the American Medical Association*, 281 (6), 552-557.
- AGUDO, A. et al. (2002). Consumption of vegetables, fruit and other plant foods in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) cohorts from 10 European countries. *Public Health Nutrition*, 5 (6B), 1179-1196.
- AGUIRRE, A. et al. (2005). Performance of the English and Spanish S-TOFHLA among publicly insured Medicaid and Medicare patients. *Patient Education and Counseling*, 56, 332-339.
- AJZEN, I. & FISHBEIN, M. (1980). Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc.
- AJZEN, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In: Kuhl, J. & Beckman, J. (Hrsg.). *Action-control: From cognition to behavior*. Heidelberg: Springer.
- ALLISON, D. et al. (1999). The direct health care costs of obesity in the United States. *American Journal of Public Health*, 89 (8), 1194-1999.
- ANDRUS, M. & ROTH, M. (2002). Health literacy: A review. *Pharmacotherapy*, 22 (3), 282-302.
- ANTONOVSKY, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- ATKIN, C. & WALLACK, L. (1990) (Hrsg.). *Mass communication and public health. Complexities and conflicts*. Newbury Park: Sage Publications.
- BACKER, T. et al. (1992). *Designing health communication campaigns: What works?* Newbury Park: Sage Publications.
- BADURA, B. & STRODTHOLZ, P. (1998). Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann, K. & Laaser U. (Hrsg.). *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (pp. 122-138). Weinheim: Juventa.
- BAKER, D. et al (1997). The relationship of patient reading ability and self-reported health and use of health services. *American Journal of Public Health*, 87 (6), 1027.

- BAKER, D. et al. (1998). Health literacy and the risk of hospital admission. *Journal of General Internal Medicine*, 13, 791-798.
- BAKER, D. et al. (1999). Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Education and Counseling*, 38, 33-42.
- BAKER, D. et al. (2000). The association between age and health literacy among elderly persons. *Journal of Gerontology*, 55B (6), 368-374.
- BAKER, D. et al. (2002). Health literacy and performance on the Mini-Mental State Examination. *Aging and Mental Health*, published by BrunnerRoutledge-InterScience.
- BANDURA, A. (1986). *Foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewoods Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- BARRAGÀN, M. et al. (2005). Low health literacy is associated with HIV test acceptance. *Journal of General Internal Medicine*, 20, 422-425.
- BASPO (Bundesamt für Sport); BAG (Bundesamt für Gesundheit), & HEPA (Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz) (2002). *Gesundheitswirksame Bewegung: Ein Grundsatzdokument vom Bundesamt für Sport BASPO, Bundesamt für Gesundheit BAG, Gesundheitsförderung Schweiz und dem Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz*. Magglingen.
- BASPO (Bundesamt für Sport); BAG (Bundesamt für Gesundheit), & HEPA (Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz) (2004). *Gesundheitswirksame Bewegung: Ein Grundsatzdokument vom Bundesamt für Sport BASPO, Bundesamt für Gesundheit BAG, Gesundheitsförderung Schweiz und dem Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz. (überarbeitete Version)* Magglingen.
- BASS, P. et al. (2003). A shortened instrument for literacy screening. *Journal of General Internal Medicine*, 18, 1036-1038.
- BAUM, A. et al. (2001) (Hrsg.). *Handbook of health psychology*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.
- BAUMAN, A. & CRAIG, C. (2005). The place of physical activity in the WHO global strategy on Diet and Physical Activity. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 2, 1-10. Online abgerufen im Mai 2006 von: www.ijbnpa.org/content/2/1/10.
- BAUMGARTNER, A. (2003). Tendenz steigend. *Tabula*, Januar (1).
- BEANE, T. & ENNIS, D. (1987). Market segmentation: A review. *European Journal of Marketing*, 21, 20-42.

- BERKMAN, N. et al. (2004). Literacy and health outcomes. Summary, Evidence Report/Technology Assessment No. 87. AHRQ Publication No. 04-E007-1. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.
- BERLAND, G. et al. (2001). Health information on the internet: Accessibility, quality, and readability in English and Spanish. *Journal of the American Medical Association*, 285 (20), 2612-2621.
- BERTELSMANN STIFTUNG (2004). Gesundheit in den Medien. Präsentation der Resultate der Studie durch Jan Böcken. Hannover: 19. Oktober 2004.
- BLECH, J. (2006). Fit wie in der Steinzeit - Die Heilkraft der Bewegung (Krebs, Diabetes, Depressionen: Sport hilft, Krankheiten zu besiegen). *Der Spiegel*, 2006 (5).
- BODUR, O. et al. (2000). Belief, affect, and attitude: Alternative models of the determinants of attitude. *Journal of Consumer Psychology*, 9 (1), 17-28.
- BONFADELLI, H. (2005). UNIVOX: Kommunikation und Medien 2004/2005. Trendbericht. Online abgerufen im Januar 2006 von: www.gfs-zh.ch/content.php?pid=103.
- BRACKETT, M. et al. (2004). Emotional intelligence and its relation to everyday behavior. *Personality and Individual Differences*, 36, 1387-1402.
- BROWN, D. (2003). Health literacy: Universal precautions needed. *Journal of Allied Health*, 33, 150-155.
- BUCHBINDER, R. et al. (2001). Readability and content of supplementary written drug information for patients used by Australian Rheumatologists. *Medical Journal of Australia*, 174 (11), 575-578.
- BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT (2001). Ernährung und Gesundheit: Eine Ernährungspolicy für die Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT (2003). Hauptbotschaften Bewegung, Ernährung und Gewicht, BMI und Erholung. Online abgerufen im Januar 2006 von: www.bag.admin.ch/gespol/osteoporose/arbeitstagung/d/hauptbotschaften.pdf.
- CALMONTE, R. & KÄHLIN, W. (1997). Körperliche Aktivität und Gesundheit in der Schweizer Bevölkerung. Eine Sekundäranalyse der Daten aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1992. Bern: Institut für Sozial- und Präventivmedizin.
- CALMONTE, R. et al. (2005). Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1992-2000. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

- CANADIAN HEALTH NETWORK (2005). Beyond words: The health-literacy connection. Canada: Canadian Health Network.
- CANADIAN PUBLIC HEALTH INITIATIVE (CPHI) (2006). Improving the Health of Canadian: Promoting Healthy Weights. Ottawa: Canadian Institute for Health Information.
- CANETTI, L. et al. (2001). Food and emotion. Behavioral Processes, 60, 157-164.
- CARMONA, R. (2006). Health literacy: A national priority. Journal of General Internal Medicine, 21 (8), 803.
- CENTER FOR HEALTH CARE STRATEGIES INC. (2000). What is health literacy?. Princeton, NJ: CHCS.
- CENTER FOR MEDICARE EDUCATION (2000). Considering health literacy. Washington: Center for Medicare Education.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2005). Physical activity and good nutrition : Essential elements to prevent chronic diseases and obesity - At a glance. CDC Report.
- CHEW, L. et al. (2004a). The impact of low health literacy on surgical practice. The American Journal of Surgery, 188, 250-253.
- CHEW, L. et al. (2004b). Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. Family Medicine, 36 (8), 588-594.
- COLDITZ, G. (1992). Economic costs of obesity. The American Journal of Clinical Nutrition, 55, 503-507.
- COTUNGA, N. et al. (2005). Evaluation of literacy level of patient education pages in health related journals. Journal of Community Health, 30 (3), 213-219.
- COULTER, A. & MAGEE, H. (2003). The European patient of the future. Philadelphia, Maidenhead: Open University Press.
- CUTILI, C. (2005a). Do your patients understand? Determining your patients' health literacy skills. Orthopaedic Nursing, 24 (5), 372-375.
- CUTILI, C. (2005b). Health literacy - What you need to know. Orthopaedic Nursing, 24 (3), 227-231.
- DAHINDEN, U. (2006). Framing : eine integrative Theorie der Massenkommunikation. Konstanz: UVK-Verlag, Ges.

- DAVID, W. & BAKER, M. (2006). The meaning and the measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 21 (8), 878-883.
- DAVIDSON, D. (2004). Health literacy: Adverse implications for patients and physicians. *Medical Practice Management*, January/February 2004, 207-210.
- DAVIS, T. et al. (1998). Practical assessment of adult literacy in health care. *Health Education and Behavior*, 25 (5), 613-624.
- DAVIS, T. et al. (2001). The role of inadequate health literacy skills in colorectal cancer screening. *Cancer Investigation*, 19 (2), 193-200.
- DAVIS, T. et al. (2002). Health literacy and cancer communication. *Cancer Journal for Clinicians*, 52, 134-149.
- DAVIS, T. et al. (2006). Low literacy impairs comprehension of prescription drug warning labels. *Journal of General Internal Medicine*, 21 (8), 847-851.
- DENZIN, N. & LINCOLN, Y. (1994). *Handbook of qualitative research*. London: Thousand Oaks.
- DEVEREUX, J. & DEMETRIUS, J. (2004). Low health literacy: A unique challenge for HIV/AIDS nursing. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 15 (6), 15-16.
- DEVEREUX, J. (2004). Low health literacy: a covert barrier to patient self-management. *HIV Clinician*, Winter, 12-14.
- DOAK, L. et al. (1996). *Teaching patients with low literacy skills*. Philadelphia: Lipincott.
- DONOVAN, O. (2005). The carbohydrate quandary: Achieving health literacy through interdisciplinary WebQuest. *Journal of School Health*, 75 (9), 359-362.
- DUFF, D. et al. (2005). Health literacy and mass-mediated interventions: Effects of TARU, a reproductive health soap opera. *Studies in Communication Sciences*, 5 (2), 171-182.
- DUGGAN, A. (2006). Understanding interpersonal communication processes across health contexts: Advances in the last decade and challenges for the next decade. *Journal of Health Communication*, 11, 93-108.
- EAGLE, L. et al. (2005). Breaking through the invisible barrier of low functional health literacy: Implications for health communication. *Studies in Communication Sciences*, 5 (2), 29-56.

- ECKERT, S. (2004). Grounded Theory als methodische Konzeption für wissenschaftliche Forschungsprojekte. *Wissenschaftliches Studium*, 12, 694-699.
- EDMUNDS, M. (2005). Health literacy a barrier to patient education. *The Nurse Practitioner*, 30 (3), 54.
- EGGER, S. et al. (2001). Übergewicht und Adipositas im Kanton Zürich. Eine LuftiBus Studie. *Praxis*, 90, 531-538.
- EICHHOLZER, M. (2005). Körpergewicht der Schweizer Bevölkerung: eine Übersicht zur aktuellen Literatur. Online abgerufen im Januar 2006 von: www.suissebalance.ch.
- EICHHOLZER, M. et al. (2000). Aktuelle Ernährungsprobleme in der Schweiz - Resultate der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1997. *Mitteilungen aus Lebensmitteluntersuchungen und Hygiene*, 91, 251-273.
- EICHHOLZER, M. et al. (2005). Fünfter Schweizer Ernährungsbericht. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- EIDGENÖSSISCHES DEPARTEMENT FÜR VERTEIDIGUNG, BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND SPORT (2004). Erste Erfolge in der Bewegungsförderung - aber noch sind zwei Drittel der Schweizer Bevölkerung körperlich ungenügend aktiv. Medienmitteilung, 9. September 2004, Bern: Eidgenössisches Departement für Verteidigung, Bevölkerungsschutz und Sport.
- ERLEN, J. (2004). Functional health literacy - Ethical concerns. *Orthopaedic Nursing*, 23 (2), 150-153.
- ESTRADA, C. et al. (1999) Health literacy and numeracy – Commentary. *Journal of the American Medical Association*, 282 (6), 527.
- EUROPÄISCHE KOMMISSION (2003). Physical activity. Special Eurobarometer 183-6 / Wave 58.2.
- EUROPÄISCHE KOMMISSION (2005). Risk issues. Special Eurobarometer 238 / Wave 64.1.
- FAGUY, K. (2004). Health literacy. *Radiological Technology*, 76 (2), 139-149.
- FAO/WHO (2004). Promoting fruit and vegetable consumption around the world. Japan, Kobe: Report des Joint FAO/WHO workshop on fruit and vegetables for health.

- FETTER, M. (1999). Recognizing and improving health literacy. *MEDSURG Nursing*, 8 (4), 226-228.
- FINNEY, L. & IANOTTI, R. (2002). Message framing and mammography screening: A theory-driven intervention. *Behavioral Medicine*, 28 (1), 5-10.
- FISHBEIN, M. & AJZEN, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- FISHBEIN, M. et al. (2001). Factors influencing behavior and behavior change. In: Baum, A. et al. (Hrsg.). *Handbook of health psychology*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.
- FITZGERALD, N. (2004). Health literacy and your practice. *American Physicians*, March 2004.
- FLICK, U., KARDOFF, E. & STEINKE, I. (2004). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH.
- FORTENBERRY, J. et al. (2001). Relation of health literacy to gonorrhea related care. *Sexually Transmitted Diseases*, 77, 206-211.
- FRANK, R. et al. (1972). *Market segmentation*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- GARBERS, S. & CHIASSON, M. (2004). Inadequate functional health literacy in spanish as a barrier to cervical cancer screening among immigrant latinas in New York City. *Preventing Chronic Disease*, Online abgerufen im August 2005 von www.cdc.gov/pcd/issues/2004/oct/03_0038.htm.
- GAUSMAN-BENSON, J. & FORMAN, W. (2002). Comprehension of written health care information in an affluent geriatric retirement community: Use of the test of functional health literacy. *Gerontology*, 48, 93-97.
- GAZMARARIAN, J. et al. (1999). Health literacy among medicare enrollees in a managed care organization. *Journal of the American Medical Association*, 281 (6), 545-551.
- GAZMARARIAN, J. et al. (2003). Health literacy and knowledge of chronic disease. *Patient Education and Counseling*, 51, 267-275.
- GAZMARARIAN, J. et al. (2005). Public health literacy in America. *American Journal of Preventive Medicine*, 28 (3), 317-322.
- GEORGES, A. et al. (2004). Functional health literacy: An issue in African American and other ethnic and racial communities. *Journal of National Black Nurses Association*, 15 (1), 1-4.

- GERBER, B. (2005). Implementation and evaluation of a low-income diabetes education computer multimedia application. *Diabetes Care*, 28, 1572-1580.
- GIDDENS, A. (1995). *Konsequenzen der Moderne*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- GLASER, B. & STRAUSS, A. (1967). *The discovery of Grounded Theory: Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.
- GLASER, B. & STRAUSS, A. (1979). Die Entdeckung der gegenstandsbezogenen Theorie. Eine Grundstrategie qualitativer Sozialforschung. In: Hopf, C. & Weingarten, E. (Hrsg.). *Qualitative Sozialforschung*. Klett Cotta.
- GLASER, B. (1978). *Theoretical sensitivity*. Mill Valley CA: Sociology Press.
- GLIK, D. (2001). Gesundheitsjournalismus – Grundlage der professionellen Massenkommunikation. In: Hurrelmann, K. & Leppin, A. (Hrsg.). *Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health*. Bern: Verlag Hans Huber.
- GÖPFERT, W. (2001). Möglichkeiten und Grenzen der Gesundheitsaufklärung über Massenmedien. In: Hurrelmann, K. & Leppin, A. (Hrsg.). *Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health*. Bern: Verlag Hans Huber.
- GUERRA, C. et al. (2005). Literacy and knowledge, attitudes and behavior about mammography in Latinas. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 16, 152-166.
- GUGGENBÜHL, L. & BERGER, C. (2001). Subjektive Risikowahrnehmung und Schutzstrategien sich prostituierender Drogenkonsumentinnen - Eine qualitative Studie unter besonderer Berücksichtigung HIV-relevanten Risiko- und Schutzverhaltens. Bern und Zürich: Institut für Suchtforschung.
- GUTZWILLER, F. & JEANNERET, O. (1996). *Sozial- und Präventivmedizin, Public Health*. Bern: Huber.
- HAAPANEN, N. et al. (1996). Characteristics of leisure time physical activity associated with decreased risk of premature all-cause and cardiovascular disease mortality in middle-aged men. *American Journal of Epidemiology*, 143, 870-880.
- HAERLE, M. (2001). Fernsehen – das Leitmedium der Gesundheitskommunikation? In: Hurrelmann, K. & Leppin, A. (Hrsg.). *Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health*. Bern: Verlag Hans Huber.

- HANSON-DIVERS, E. (1997). Developing a medical achievement reading test to evaluate patient literacy skills: A preliminary study. *Journal for Health Care of the Poor and Underserved*, 8, 56-59.
- HEALTH SURVEY PROGRAM CENTER FOR HEALTH INFORMATION, Statistics, Research and Evaluation (2003). *Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS)*. Boston, MA.
- HENWOOD, F. et al. (2004). Ignorance is bliss sometimes: constraints on the emergence of the 'informed patient' in the changing landscape of health information. In: Seale, C. (Hrsg.). *Health and the media*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- HERTIG, P. & NOTTER, P. (2005). Grundkompetenzen von Erwachsenen - Erste Ergebnisse der Erhebung Adult Literacy and Lifeskills Survey. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- HIXON, A. (2004). Functional health literacy: Improving health outcomes. *American Family Physician*, 69 (9), 2077-2078.
- HOCHHAUSER, M. (2003). The continuing critical issue is health literacy. *Managed Care Interface*, 23.
- HOVLAND, C. et al. (1953). *Communication and persuasion*. New Haven, Conn: Yale University Press.
- HOWARD, D. et al. (2005). The impact of low health literacy on the medical costs of Medicare managed care enrollees. *The American Journal of Medicine*, 118, 371-377.
- HOWARD, D. et al. (2006). Impact of health literacy on socioeconomic and racial differences in health in an elderly population. *Journal of General Internal Medicine*, 21 (8), 857-861.
- HOWE, D. et al. (2005). Improving the health literacy of rural health care consumers. *Studies in Communication Sciences*, 5 (2), 183-194.
- HURRELMANN, K. & LAASER, U. (1998). *International handbook of public health*. Westport: Greenwood Publishers.
- HURRELMANN, K. & LEPPIN, A. (2001) (Hrsg.). *Moderne Gesundheitskommunikation*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.

- HURRELMANN, K. (2003). Gesundheitssoziologie: Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- IDENTITY FOUNDATION (2001). Die Deutschen und ihre Einstellungen zu Gesundheit und Krankheit. Gesundheitsstudie, durchgeführt durch das Institut für Demoskopie Allensbach.
- INTERNATIONAL OBESITY TASK FORCE (IOTF) (1997). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva: WHO/NUT/NCD97.2.
- JACKSON, L. & DUFFY, B. (1998). Health communication research. Westport, CT: Greenwood Press.
- JAZBINSEK, D. (2000). Gesundheitskommunikation. Leverkusen: Westdeutscher Verlag.
- JOINT COMMITTEE ON NATIONAL HEALTH EDUCATION STANDARDS (1995). National health education standards: Achieving health literacy.
- KALICHMAN, S. & ROMPA, D. (2000). Functional health literacy is associated with health status and health-related knowledge in people living with HIV/AIDS. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 25 (4), 337-344.
- KALICHMAN, S. et al. (1999). Adherence to combination antiretroviral therapies in HIV patients of low health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 14, 267-273.
- KALICHMAN, S. et al. (2005). Nurse-delivered antiretroviral treatment adherence intervention for people with low literacy skills and living with HIV/AIDS. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 16 (5), 3-15.
- KANG, E. et al., (2005). An evaluation of pediatric dental patient education materials using contemporary health literacy measures. *Pediatric Dentistry*, 27 (5), 409-413.
- KAPLAN, G. et al. (1996). Natural history of leisure time physical activity and its correlates: associations with mortality from causes and cardiovascular disease over 28 years. *American Journal of Epidemiology*, 144, 793-797.
- KAUFMAN, H. et al. (2001). Effect of literacy on breast-feeding outcomes. *Southern Medical Journal*, 94 (3), 293-296.
- KELLE, U. & KLUGE, S. (1999). Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleiche und Fallkontrastierung i der qualitativen Sozialforschung. Opladen.

- KELLER, U. (2002). Sekundärfolgen der Adipositas und Therapieansätze. Schweizer Medizin Forum, 39, 908-013.
- KELLER, U. et al. (1998). Vierter Schweizer Ernährungsbericht. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- KELLERMAN, R. & WEISS, B. (1999). Health literacy and the JAMA patient page. Journal of the American Medical Association, 282 (6), 525-526.
- KELMAN, H. (1958). Compliance, identification and internalization: three processes of attitude change. Journal of Conflict Resolution, 2, 31-60.
- KELMAN, H. (1961). Processes of opinion change. Public Opinion Quarterly, 25, 57-78.
- KICKBUSCH, I. & MAAG, D. (2005). Health literacy: towards an active citizenship. In: Sprenger, M. (Hrsg.). Public Health in Österreich und Europa. Festschrift anlässlich der Emeritierung von Univ.-Prof. Dr. med. Horst Richard Noack PhD. Lengrich: Papst Science Publishers.
- KICKBUSCH, I. & RATZAN, S. (2001). Health literacy: making a difference in the USA. Journal of Health Communication, 6, 87-88.
- KICKBUSCH, I. (2002). Health literacy: a search for new categories. Health Promotion International, 17 (1), 1-2.
- KICKBUSCH, I. (2006). Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- KICKBUSCH, I. et al. (2005). Enabling healthy choices in modern health societies. European Health Forum, Gastein.
- KIM, S. et al. (2001). Health literacy and shared decision making for prostate cancer patients with low socioeconomic status. Cancer Investigation, 19 (7), 684-691.
- KIM, S. et al. (2004). Association of health literacy with self-management behavior in patients with diabetes. Diabetes Care, 27, 2980-2982.
- KIRSCH, I. (2001). The International Adult Literacy Survey: Understanding what was measured. Princeton, NJ: Educational Testing Service.
- KIRSCH, I. et al. (1993). Adult literacy in America: a first look at the findings of the national adult literacy survey. Washington, DC: National Center for Education Statistics, U.S. Department of Education.

- KIRSCH, I. et al. (1997). Beyond the school doors: The literacy needs of job seekers served by the U.S. Department of Labor. Princeton, NJ: Educational Testing Service.
- KIRSCH, I. et al. (2002). Adult literacy in America. A First Look at the Findings of the National Adult Literacy Survey (third edition). US Department of Education, Office of Education Research and Improvement: National Center for Educational Statistics.
- KLEINBECK, C. (2005). Reaching positive diabetes outcomes for patients with low literacy. *Home Healthcare Nurse*, 23 (1), 16-22.
- KLEINPETER, M. (2003). Health literacy affects peritoneal dialysis performance and outcomes. *Advances in Peritoneal Dialysis*, 19, 115-119.
- KLINE, K. (2006). A decade of research on health content in the media: The focus on health challenges and sociocultural context and attendant informational and ideological problems. *Journal of Health Communication*, 11, 43-59.
- KOENIG, J. & ELMADFA, I. (1999). Food-based dietary guidelines - the Austrian perspective. *British Journal of Nutrition*, 81, 31-35.
- KOTLER, P. (1991). *Marketing management*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- KOTLER, P. et al. (2002). *Social Marketing. Improving quality of life*. Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc.
- KREPS, G. et al. (1998). The history and development of the field of health communication. In: Jackson, L. & Duffy, B. (Hrsg.). *Health communication research*. Westport, CT: Greenwood Press.
- KRIPALANI, S. & WEISS, B. (2006). Teaching about health literacy and clear communication. *Journal of General Internal Medicine*, 21 (8), 888-890.
- KRIPALANI, S. et al. (2006). Predictors of medication self-management skills in a low-literacy population. *Journal of General Internal Medicine*, 21 (8), 852-856.
- KUJALA, U. et al. (1998). Relationship of leisure-time physical activity and mortality. The Finnish twin cohort. *Journal of the American Medical Association*, 279, 440-444.
- KUTNER, M. et al. (2005). *National Assessment of Adult Literacy (NAAL) - A first look at the literacy of America's adults in the 21st century*. Jessup, MD: U.S. Department of Education, ED Pubs.
- LAMNEK, S. (2005). *Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

- LAMPRECHT, M. & STAMM, H. (2000). Bewegung, Sport und Gesundheit in der Schweizer Bevölkerung: Sekundäranalyse der Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1997 im Auftrag des Bundesamts für Sport (Kurzfassung). Zürich: L&S Sozialforschung und Beratung AG.
- LAMPRECHT, M. & STAMM, H. (2005). Der Bewegungsmangel in Zahlen: Eine Minderheit trainiert, die Mehrheit schaut zu. *Mobile*, 1, 30-31.
- LAU, R. (1982). Origins of health locus of control beliefs. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42 (2), 322-334.
- LEAFFER, T. (2001). Quality of health information on the internet. *Journal of the American Medical Association*, 286 (17), 2094-2095.
- LEAN, M. (2000). Pathophysiology of obesity. *Proceedings of the Nutrition Society*, 59 (3), 331-336.
- LEE, S. et al. (2004). Health literacy, social support, and health: a research agenda. *Social Science and Medicine*, 58, 1309-1321.
- LEGER, L. (2001). Schools, health literacy and public health: possibilities and challenges. *Health Promotion International*, 16 (2), 197-205.
- LEVENTHAL, H. & CAMERON, L. (1994). Persuasion and health attitudes. In: Shavitt, S. & Brock, T (Hrsg.). *Persuasion: Psychological insights and perspectives*. Boston: Allyn and Bacon.
- LEVIN-ZAMIR, D. & PETERBURG, Y. (2001). Health literacy in health systems: perspectives on patient self-management in Israel. *Health Promotion International*, 16 (1), 87-94.
- LEVY, E. et al. (1995). The economic costs of obesity: The French situation. *International Journal of Obesity*, 19, 788-792.
- LINCOLN, A. et al. (2006). Impact of health literacy and depression symptoms and mental health-related quality of life among adults with addiction. *Journal of General Internal Medicine*, 21 (8), 818-822.
- LINDAU, S. et al. (2002). The association of health literacy with cervical cancer prevention knowledge and health behaviors in a multiethnic cohort of women. *American Journal of Obstetrical Gynecology*, 186, 938-943.
- LINDAU, S. et al. (2006). Health literacy as a predictor of follow-up and after an abnormal pap smear. A prospective study. *Journal of General Internal Medicine*, 21 (8), 829-834.

- LINDAU, S. et al. (2001). Improving rates of cervical cancer screening and pap smear follow-up for low-income women with limited health literacy. *Cancer Investigation*, 19 (3), 316-323.
- LUPTON, D. (1997). Consumerism, reflexivity and the medical encounter. *Social Science and Medicine*, 45(3), 373-381.
- MAAG, D. (2005). Health Literacy: Compendium of prior research. *Studies in Communication Sciences*, 5(2), 11-28.
- MACUSO, C. & RINCON, M. (2006). Impact of health literacy on longitudinal asthma outcomes. *Journal of General Internal Medicine*, 21 (8), 813-817.
- MAIBACH E. & PARROTT, R. (Hrsg.) (1995). *Designing health messages: Approaches from communication theory and public health*. London: Thousand Oaks.
- MANNHART, C. & MÄDER, U. (2003). *Fact-sheet Energiebilanz*. Magglingen: Sportwissenschaftliches Institut, Bundesamt für Sport.
- MANTONE, J. (2005). Reading, writing and relating. Providers – rural and urban – urged to pay more attention to health literacy. *Modern Healthcare*, 8. August.
- MARCUS, B. & SIMKIN, L. (1994). The transtheoretical model: applications to exercise behavior. *Medical Science and Sports Exercise*, 26 (11), 1400-1404.
- MARKS, G. et al. (1986). Role of health locus of control beliefs and expectations of treatment efficacy in adjustment to cancer. *Social Science and Medicine*, 42, 1203-1216.
- MARTIN, B. & MÄDER, U. (2002). Körperliches Aktivitätsverhalten in der Schweiz. In: Samitz, G. & Mensink, G. (Hrsg.). *Körperliche Aktivität in Prävention und Therapie. Evidenzbasierter Leitfaden für Klinik und Praxis*. München: Marseille Verlag GmbH.
- MARTIN, B. (2002). Physical activity related attitudes, knowledge and behavior in the Swiss population: Comparison of the HEPA Surveys 2001 and 1999. *Schweizerische Zeitschrift für Sportmedizin und Sporttraumatologie*, 50 (4), 164-168.
- MARTIN, B. (2004). Alarmierender Bewegungsmangel in der Schweiz. *Geriatric Praxis*, 2004 (10), 8-12.
- MARTIN, B. et al. (1999). Einstellung, Wissen und Verhalten der Schweizer Bevölkerung bezüglich körperlicher Aktivität: Resultate aus dem

- Bewegungssurvey 1999. Schweizer Zeitschrift für Sportmedizin und Sporttraumatologie, 47 (4), 165-169.
- MARTIN, B. et al. (2000). Körperliche Aktivität in der Schweizer Bevölkerung: Niveau und Zusammenhänge mit der Gesundheit. Schweizerische Zeitschrift für Sportmedizin und Sporttraumatologie, 48 (2), 87-88.
- MARTIN, B. et al. (2001). Volkswirtschaftlicher Nutzen der Gesundheitseffekte der körperlichen Aktivität: Erste Schätzungen für die Schweiz. BAG Bulletin, 2001, 33 (August), 604-607.
- MARTIN, B. et al. (2001). Volkswirtschaftlicher Nutzen der Gesundheitseffekte der körperlichen Aktivität: Erste Schätzungen für die Schweiz. BAG Bulletin, 33 (August), 604-607.
- MASON, D. (2001). Promoting health literacy - Patient teaching is a vital nursing function. American Journal of Nursing, 101 (2), 7.
- MAYER, G. & VILLAIRE, M. (2004). Low health literacy and its effects on patient care. The Journal of Nursing Administration, 34 (10), 440-442.
- MCCARTHY, A. & SALOVEY, D. (2003). Using message framing to motivate HIV testing among low income, ethnic minority women. Health Psychology, 22, 60-67.
- MCCORMICK, J. et al. (2003). Who actually has the low health literacy? Archives of Internal Medicine, 163, 1745-1746.
- MCCRAY, A. (2005). Promoting health literacy. Journal of the American Medical Association, 12, 152-163.
- MCDERMOTT, R. (2001). Soziales Marketing – ein Instrument der Gesundheitskommunikation. In: Hurrelmann, K. & Leppin, A. (Hrsg.). Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health. Bern: Verlag Hans Huber.
- MCGUIRE, W. (1968). Personality and attitude change: An information-processing theory. In: Greenwald, A. et al. (Hrsg.). Psychological foundations of attitudes. New York: Academic Press.
- MEAD, G. (1975). Mind, self and society. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- MERRIMAN, B. et al. (2002). Health literacy in the information age: Communicating cancer information to patients and families. Cancer Journal for Clinicians, 52 (3), 130-133.

- MEYER, C. & WALLER, G. (1997). The impact of emotion upon eating behavior: The role of subliminal visual processing of threat cues. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 319-326.
- MONTALTO, N. & SPIEGLER, G. (2001). Functional health literacy in adults in a rural community health center. *The West Virginia Medical Journal*, 97, 111-114.
- MORRIS, J. & HEADY, J. (1953). Coronary heart disease and physical activity of work. *Lancet*, 2, 1053-157.
- MORSE, J. (1994). Designing Funded Qualitative Research. In: Denzin, N. & Lincoln, Y. (Hrsg.). *Handbook of qualitative research*. London: Thousand Oaks.
- MOVEMENT FOR CANADIAN LITERACY (2005). Background on the Adult Literacy and Life Skills Survey (ALL). Online abgerufen im Februar 2006 von: www.nald.ca.
- MÜHLEMANN, P. (2005). State-of-the-Art Bericht "Fast Food und Gesundheit" - Wie wirkt sich der regelmässige Konsum von Schnellgerichten auf unsere Gesundheit aus? Bern: Schweizerische Gesellschaft für Ernährung.
- NATIONAL AUDIT OFFICE (2001). Tackeling Obesity in England. London: The Stationary Office.
- NATIONAL CENTER FOR SOCIAL RESEARCH, Department of Epidemiology and Public Health at the Royal Free and University College Medical School. Commissioned by Department of Health (2004). *Health Survey for England, 2003. Survey Report*. England: Department of Health.
- NATIONAL HEALTH AND NUTRITION EXAMINATION SURVEY (NHANES) (2002). Prevalence of overweight and obesity among adults: United States 1999-2002. Online abgerufen im Januar 2006 von: www.cdc.gov/nchs/products/pubs/pubd/hestats/obese/obse99.htm.
- NAVARRO, F. & WILKINS, S. (2001). A new perspective on consumer health web use: Valuegraphic profiles of health information seekers. *Managed Care Quarterly*, 9 (2), 35-43.
- NEILSON, A. & SCHNEIDER H. (2005). Obesity and its co-morbidities: present and future importance on health status in Switzerland. *Sozial- und Präventivmedizin*, 50, 78-86.
- NESTLÉ SUISSE S.A. (1985). Nutri-Trend Studie 1985. Vevey: Nestlé Suisse S.A. mit Unterstützung durch das Bundesamt für Gesundheit.

- NESTLÉ SUISSE S.A. (1988). Nutri-Trend Studie 1988. Vevey: Nestlé Suisse S.A. mit Unterstützung durch das Bundesamt für Gesundheit.
- NESTLÉ SUISSE S.A. (1994). Nutri-Trend Studie 1994. Vevey: Nestlé Suisse S.A. mit Unterstützung durch das Bundesamt für Gesundheit.
- NESTLÉ SUISSE S.A. (2000). Nutri-Trend Studie 2000. Vevey: Nestlé Suisse S.A. mit Unterstützung durch das Bundesamt für Gesundheit.
- NETZWERK GESUNDHEIT UND BEWEGUNG SCHWEIZ (HEPA) (2004). Das Bewegungsverhalten in der Schweiz. Online abgerufen im Januar 2006 von: www.hepa.ch.
- NICHOLAS-ENGLISH, G. (2000). Improving health literacy: a key to better patient outcomes. *Journal of the American Pharmaceutical Association*, 40 (6), 835-836.
- NIELSON-BOHLMAN, L. et al. (2004). *Health literacy - A prescription to end confusion*. Washington, DC: National Academies Press.
- NOAR, S. (2006). A 10-year retrospective of research in health mass media campaigns: Where do we go from here? *Journal of Health Communication*, 11, 21-42.
- NURSS, J. (1997). Diabetes in urban African Americans: Functional health literacy of municipal hospital outpatients with diabetes. *The Diabetes Educator*, 23 (5), 563-568.
- NUTBEAM, D. & HARRIS, E. (2001). *Theorien und Modelle der Gesundheitsförderung*. Lausanne und Bern: Schweizerische Stiftung für Gesundheitsförderung.
- NUTBEAM, D. & KICKBUSCH, I. (2000). Advancing health literacy: A global challenge for the 21st Century. *Health Promotion International*, 15 (3), 183-184.
- 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.
- OECD, STATISTICS CANADA (2000). *Literacy in the information age. Final Report of the International Adult Literacy Survey*. OECD Publishing.
- ONISHI, M. et al. (2005). Improvement of maternal health literacy among pregnant women who did not complete compulsory education: policy implications for community care givers. *Health Policy*, 72, 157-164.

- ORBELL, S. et al. (2004). Individual differences in sensitivity to health communications: Consideration of future consequences. *Health Psychology*, 23 (4) 388-396.
- ORTOLON, K. (2004). Clearing the confusion - Physicians turn attention to low health literacy concerns. *Texas Medicine*, June, 49-51.
- PAASCHE-ORLOW, M. et al. (2006). Health literacy, antiretroviral adherence, and HIV-RNA suppression. A longitudinal perspective. *Journal of General Internal Medicine*, 21 (8), 835-840.
- PAASCHE-ORLOW, M. et al. (2006). How health care systems can begin to address the challenge of limited literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 21 (8), 884-887.
- PAFFENBARGER, R. & HALE, W. (1975). Work activity and coronary heart disease. *New England Journal of Medicine*, 292, 545-550.
- PAPPAS, G. et al. (2006). Health literacy in the field of infectious disease: The paradigm of brucellosis. *Journal of Infectious Disease*, 10.
- PARKER, P. et al. (1995). The Test of functional health literacy in adults: A new instrument for measuring patients' health literacy skills. *Journal of General Internal Medicine*, 10, 537-541.
- PARKER, R. & GAZMARARIAN, J. (2003). Health literacy: Essential for health communication. *Journal of Health Communication*, 8, 116-118.
- PARKER, R. & JACOBSON, T. (2000). The role of health literacy in narrowing the treatment gap for hypercholesterolemia. *The American Journal of Managed Care*, 6 (12), 1340-1342.
- PARKER, R. et al. (1996). Literacy and contraception: Exploring the link. *Obstetrics and Gynecology*, 88, 72S-77S.
- PARROTT, R. (2004). Emphasizing "communication" in health communication. *Journal of Communication*, 54 (4), 751-786.
- PATE, R. et al. (1995). Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sport Medicine. *Journal of the American Medical Association*, 273, 402-407.
- PAYNE, G. & SCHULTE S. (2003). Mass media, public health and achieving health literacy. *Journal of Health Communication*, 8, 124-125.
- PEOTA, C. (2004). Health literacy and patient safety. *Minnesota Medicine*, April, 32-34.

- PETERSON, F. (2001). Enhancing teacher health literacy in school health promotion: A vision for the new millennium. *Journal of School Health*, 71 (4), 138-144.
- PICCINI, F. (2005). Lebenszyklus, Stadien im Leben eines Menschen. Online abgerufen im Februar 2006 von: www.web4health.info.
- POWELL, K. & BLAIR, S. (1994). The public health burdens of sedentary living habits: theoretical but realistic estimates. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 26 (7), 851-856.
- POWELL, K. et al. (1987). A meta analysis of physical activity in the prevention of coronary heart disease. *Annual Review of Public Health*, 8, 612-628.
- PROCHASKA, J. & DICLEMENTE, C. (1984). The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy. Homewood Ill.: Dow Jones Irwin.
- PUDEL, V. (2004). Fast Food und Gesundheit. In: Mühlemann, P. (Hrsg.). State-of-the-Art Bericht „Fast Food und Gesundheit“ – Wie wirkt sich der regelmässige Konsum von Schnellgerichten auf unsere Gesundheit aus? Bern: Schweizerische Gesellschaft für Ernährung.
- RATZAN, S. (1996). The status and scope of health communication. *Journal of Health Communication*, 1, 25-41.
- RATZAN, S. (2001). Health literacy: communication for the public good. *Health Promotion International*, 16 (2), 207-214.
- REKOW, D. (2004). Institute of Medicine report calls for national effort to improve health literacy. *NYSDJ*, April, 36-37.
- RENKERT, S. & NUTBEAM, D. (2001). Opportunities to improve maternal health literacy through education: an exploratory study. *Health Promotion International*, 2001, 16 (4), 381-388.
- RÖSSLER, P. & WILLHÖFT, C. (2004). Darstellung und Wirkung von Ernährungsinformationen im Fernsehen. In: Deutsche Gesellschaft für Ernährung, E.V. (Hrsg.). Ernährungsbericht 2004. Bonn: Deutsche Gesellschaft für Ernährung, E.V.
- ROTER, D. et al. (1999). Health literacy and the JAMA patient page. *Journal of the American Medical Association*, 282 (6), 526.
- ROTHMAN A. et al. (1992). The influence of message framing on intentions to perform health behaviors. *Journal of Experimental Social Psychology*, 29, 408-433.

- ROTHMAN, R. et al. (2002). Health literacy and diabetic control. *Journal of the American Medical Association*, 288 (21), 2687-2688.
- ROTTER, J. (1989). Internal versus external control of reinforcement: A case history of a variable. *American Psychologist*, 45, 489-493.
- RUDD, R. & HOROWITZ, A. (2005). The role of health literacy in achieving oral health for elders. *Journal of Dental Education*, 69 (9), 1018-1021.
- RUDD, R. et al. (1999). Health and literacy: A review o medical and public health literature. In: Comings, J. et al. (Hrsg.). *Annual review of adult learning and literacy*. New York: Jossey-Bass.
- RUDD, R. et al. (2004). *Literacy and health in America*. Princeton, NJ: Policy Information Report.
- RUDOLPH, T. & BECKER, K. (2003). *Food Consumption 2003 - Ess- und Verzehrverhalten in der Schweiz*. St. Gallen: Institut für Handel und Marketing.
- RUDOLPH, T. & BECKER, K. (2005). *Food Consumption 2003 - Ess- und Verzehrverhalten in der Schweiz*. St. Gallen: Institut für Handel und Marketing.
- RUSTON, D. et al. (2004). Nutritional status (anthropology and blood analytes), blood pressure and physical activity. *National Diet and Nutrition Survey: adults aged 19 to 64 years, Volume 4*. London: The Stationary Office.
- RÜTZLER, H. (2003). *Future Food. Die 18 Wichtigsten Trends für die Esskultur in der Zukunft*. Kelkheim: Zukunftsinstitut.
- RÜTZLER, H. (2005). *Was essen wir morgen? 13 Food Trends für die Esskultur der Zukunft*. Springer Verlag.
- RÜTZLER, H. (2006). *Was essen wir morgen? TABULA*, 2006 (1), 4-9.
- SALBE, A. & RAVUSSIN, E. (2000). The determinants of obesity. In: Bouchard, C. (Hrsg.). *Physical activity and obesity* (pp. 71). Human Kinetics.
- SARANG, K. et al. (2004). Association of health literacy with self-management behavior in patients with diabetes. *Diabetes Care*, 27 (12), 2980-2982.
- SARFATY, M. et al. (2005). Use of patient assistant to facilitate medical visits for latino patients with low health literacy. *Journal of Community Health*, 30 (4), 299-307.
- SCHILLINGER, D. et al. (2002). Association of health literacy with diabetes outcomes. *Journal of the American Medical Association*, 288 (4), 475-482.

- SCHILLINGER, D. et al. (2003). Closing the loop - physician communication with diabetic patients who have low health literacy. *Archives of Internal Medicine*, 163 (13), 83-90.
- SCHMID, A. et al. (2005). Economic burden of obesity and its comorbidities in Switzerland. *Sozial- und Präventivmedizin*, 50, 78-86.
- SCHMID, K. et al. (1999). Das transtheoretische Modell und die Förderung körperlicher Aktivität. In: Keller, S. (Hrsg.). *Motivation zur Verhaltensänderung: Das transtheoretische Modell in Forschung und Praxis*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- SCHMITT-KOOPMAN, I. et al. (2004). Direct medical costs of type 2 diabetes and its complications in Switzerland. *European Journal of Public Health* , 14, 3-9.
- SCHNEIDER, H. & SCHMID, A. (2004). *Die Kosten der Adipositas in der Schweiz*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- SCHULZ, P. & NAKAMOTO, K. (2005). Emerging themes in health literacy. *Studies in Communication Sciences*, 5(2), 1-10.
- SCHULZ, P. et al. (2006). More than nation and knowledge: Cultural micro diversity and organ donation in Switzerland. *Patient Education and Counseling* (in Press).
- SCHWARTZ, F. (1998). *Das Public-Health Buch*. München: Urban & Schwarzenberg.
- SCHWARTZBERG, J. (2002). Low health literacy: What do your patients really understand. *Nursing Economics*, 20 (3), 145-147.
- SCHWEIZERISCHE GESELLSCHAFT FÜR ERNÄHRUNG (2005a). Überarbeitete Lebensmittelpyramide der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung: Wissenschaftliche Hintergrundinformationen. Online abgerufen im Januar 2006 von: www.sge-ssn.ch.
- SCHWEIZERISCHE GESELLSCHAFT FÜR ERNÄHRUNG (2005b). *Die Lebensmittelpyramide - ein Hilfsmittel für die Ernährungserziehung*. Bern.
- SCHWEIZERISCHE GESELLSCHAFT FÜR ERNÄHRUNG (2006). Empfehlungen zum gesunden und genussvollen Essen und Trinken für Erwachsene. Online abgerufen im Januar 2006 von: www.sge-ssn.ch/d/navigation_header/lebensmittelpyramide/documents/merkblatt_lebensmittelpyramide.pdf.
- SCOTT, T. et al. (2002). Health literacy and preventive health care use among Medicare Enrollees in a Managed Care Organization. *Medical Care*, 40, 395-404.

- SEALE, C. (2004). Health and media: an overview. In: Seale, C. (Hrsg.). Health and the media. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- SEIDELL, J. & DEERENBERG, I. (1994). Obesity in Europe – prevalence and consequences for the use of medical care. *PharmacoEconomics*, 5, 38-44.
- SELIGMAN, H. et al. (2005). Physician notification of their diabetes patients with limited health literacy: A randomized controlled trial. *Journal of General Internal Medicine*, 20, 1001-1007.
- SENTELL, T. & HALPIN, H. (2006). Importance of adult literacy in understanding health disparities. *Journal of General Internal Medicine*, 21 (8), 862-866.
- SHEA, J. et al. (2004). Assessing health literacy in African American and Caucasian adults: Disparities in Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) scores. *Family Medicine*, 36 (8), 575-581.
- SIEGRIST, S. (2006). Health Horizons: Guide zu den neuen Gesundheitsmärkten. GDI Studie Nr. 20. Zürich: Gottfried Duttweiler Institut.
- SIGNITZER, B. (2001). Ansätze und Forschungsfelder der Health Communication. In: Hurrelmann, K. & Leppin, A. (Hrsg.). *Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health*. Bern: Verlag Hans Huber.
- SIGNORELLI, N. (1991). Television and health – images and impact. In: Atkin, C. & Wallack, L. (Hrsg.). *Mass communication research: a guide to developments and directions*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- SIGNORELLI, N. (1995). Ungesunde Botschaften. Medieneinflüsse auf das Gesundheits- und Ernährungsverhalten von Kindern. In: Franzmann, B. et al. (Hrsg.). *Auf den Schultern von Gutenberg. Medienökologische Perspektiven der Fernsehgesellschaft*. Berlin: Quintessenz.
- SIGNORELLI, N. (1998). Health images on television. In: Jackson, L. & Duffy, B. (Hrsg.). *Health communication research: a guide to developments and directions*. Westport: Greenwood Press.
- SIGNORELLI, N. (2003). *Mass media images and impact on health. A sourcebook*. Westport: Greenwood.
- SMART, J. & BURLING, D. (2001). Radiology education materials. *American Journal of Nursing*, 101 (10), 33-38.
- SOMAINI, B. (2005). Prävention und Gesundheitsförderung in der Gesundheitsversorgung. *Managed Care*, 5, 26-27.

- SPADARO, R. (2003). European Union citizens and sources of information about health. Eurobarometer 58.0, European Opinion Research Group (EORG).
- SPROSTON, K. & PRIMETESTA, P. (2002). The health of children and young people. Health Survey of England 2002, Volumen 1. London: The Stationary Office.
- STARK, W. (2005). Empowerment. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Schwabenheim a.d. Selz: Fachverlag Peter Sabo.
- STATISTICS CANADA (2003). Canadian Community Health Survey.
- STRAUSS, A. & CORBIN, J. (1996). Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Bertels.
- STRAUSS, A. (1994). Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen und soziologischen Forschung. München: Fink.
- STRECHER, V. & ROSENSTOCK, I. (1997). The health belief model. In: Glaz, K. et al. (Hrsg.). Health behavior and health education: Theory, research and practice. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- SUDORE, R. et al. (2006). Limited literacy and mortality in the elderly. The health, aging and body composition study. *Journal of General Internal Medicine*, 21 (8), 806-892.
- SUDORE, R. et al. (2006). Limited literacy in older people and disparities in health and healthcare access. *Journal of the American Geriatrics society*, 54(5), 770-776.
- SUDORE, R. et al. (2006). Use of modified informed consent to process among vulnerable patients. *Journal of General Internal Medicine*, 21 (8). 867-873.
- SUISSEBALANCE (2004). Schwung im Alltag - (Ge)wichtige Tipps für einen gesunden Lebensstil. Bern: Suissebalance.
- SUTER, P. et al. (1993). Heureka-Studie: Prävalenz des Übergewichts und der Adipositas in der Schweiz. *Schweizerische Rundschau Medizin (Praxis)*, 82 (47), 1395-1362.
- TAPPE, M. & GALER-UNTI, R. (2001). Health educators' role in promoting health literacy and advocacy for the 21st century. *Journal of School Health*, 71 (10), 477-482.

- TAYLOR, S. (1992). Optimism, coping, psychological distress, and high-risk sexual behavior among men at risk for acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 460-473.
- TERRY, P. et al. (2005). HIV/AIDS health literacy in Zimbabwe - Focus Group findings from University Students. *Methods in Infection Medicine*, 2, 288-292.
- THOMPSON, T. (2001). Die Beziehung zwischen Patienten und professionellen Dienstleistern des Gesundheitswesens. In: Hurrelmann, K. und Leppin, A. (Hrsg.). *Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health*. Bern: Verlag Hans Huber.
- TONES, K. (2002). Health literacy: new wine in old bottles? *Health Education Research*, 17 (3), 287-290.
- TRIFILETTI, L. et al. (2006). Development of injury prevention materials for people with low literacy skills. *Patient Education and Counseling* (in Press).
- TSCHANNEN, A. & CALMONTE, R. (2005). Ernährungsgewohnheiten in der Schweiz. Neuchâtel: Statsanté, Bundesamt für Statistik.
- ULRICH, D. (1991). Zur Relevanz verhaltenstheoretischer Lernkonzepte. In: Hurrelmann, K. & Ulrich, D. (Hrsg.). *Handbuch der Sozialisationsforschung*. Weinheim: Beltz.
- UNESCO (2006). Glossary: Literacy. Online abgerufen im Mai 2006 von: http://www.unesco.org/education/tlsf/theme_c/mod13/www.worldbank.org/depweb/english/modules/glossary.htm.
- UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES - Office of Disease Prevention and Health Promotion (2000). *Healthy People 2010*. Online abgerufen im Januar 2006 von: www.health.gov/healthypeople.
- UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, Centers for Disease Control and Prevention (1996). *Physical activity and health: A report of the surgeon general*. Atlanta.
- VAN SERVELLEN, G. et al. (2003). Program to enhance health literacy and treatment adherence in low-income HIV-infected Latino men and women. *AIDS Patient Care and STDs*, 17 (11), 581-594.
- VARO, J. et al. (2003). Distribution and determinants of sedentary lifestyles in the European Union. *International Journal of Epidemiology*, 32, 138-146.
- VASTAG, B. (2004). Low health literacy called a major problem. *Journal of the American Medical Association*, 291 (18), 2181-2182.

- VIRGINIA, S. et al. (2005). The ABCs of health literacy. *Family and Community Health*, 28 (4), 351-357.
- VOLATIER, J. & VERGER, P. (1999). Recent national French food and nutrient intake data. *British Journal of Nutrition*, 81 (Supplement 2), 57-59.
- WALLACE, L. et al. (2006). Brief report: Screening items to identify patients with limited health literacy skills. *Journal of General Internal Medicine*, 21 (8), 874-877.
- WALLSTON, B. & WALLSTON, K. (1978). Locus of control and health: a review of the literature. *Health Education Monographs*, Spring, 107-117.
- WALLSTON, K. & WALLSTON, B. (1981). Health locus of control scales. In: Lecourt, H. (Hrsg.). *Research with the locus of control construct* (pp. 189-243). New York: Academic Press.
- WANDL, C. (2003). *Grundlagenstudie über Ernährungstrends*. Schwerzenbach: ISOPUBLIC Institut für Markt- und Meinungsforschung AG.
- WEI, M. et al. (1999). Relationship between low cardiorespiratory fitness and mortality in normal-weight, overweight and obese men. *Journal of the American Medical Association*, 282, 1547-1553.
- WEIR, E. (2001). Illiteracy as a public health issue. *Canadian Medical Association Journal*, 164 (10), 1486.
- WEISS, B. (2001). Health literacy: An important issue for communicating health information to patients. *Chinese Medicine Journal (Taipei)*, 64, 603-608.
- WEISS, B. et al. (2006). Literacy education as treatment for depression in patients with limited literacy and depression. A randomized controlled trial. *Journal of General Internal Medicine*, 21 (8), 823-828.
- WERNER, E. & SMITH, R. (1982). *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York: McGraw-Hill.
- WESSLER, H. (1995). *Mediale Gesundheitskommunikation. Ein Beitrag zur Gesundheitsforschung?* *Prävention*, 18(2), 59-62.
- WILKINS, S. & NAVARRO, F. (2001). Has the web really empowered health care consumers. *Marketing Health Services*, Fall, 5-9.
- WILLIAMS, M. et al. (1995). Inadequate functional health literacy among patients at two public hospitals. *Journal of the American Medical Association*, 274 (21), 1677-1682.

- WILLIAMS, M. et al. (1998a). Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease. *Archives of Internal Medicine*, 158, 166-172.
- WILLIAMS, M. et al. (1998b). Inadequate literacy is a barrier to reading ability to self-reported health and use of health services. *Chest*, 114, 1008-1015.
- WILLIAMS, M. et al. (2002). The role of health literacy in patient-physician communication. *Communicating With Special Populations*, 34 (5), 383-389.
- WOLF, M. et al. (2004). Health literacy and patient knowledge in a Southern US HIV clinic. *International Journal of STD and AIDS*, 15, 747-752.
- WOLF, M. et al. (2005). Health literacy and functional health status among older adults. *Archives of Internal Medicine*, 165, 1946-1952.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1986). *Ottawa Charter*. Ottawa: Konferenz zur Gesundheitsförderung.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1998). *Health Promotion Glossary*. World Health Organization.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2000a). *CINDI dietary guide*. Copenhagen: Health Documentation Services.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2000b). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic*. Genf: WHO technischer Report, Serie 894.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002a). *World Health Report. Reducing risks, promoting healthy lives*. Genf: WHO Document Production Services.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002b). *Food and health in Europe: a new basis for action*. Dänemark.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2003). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report einer gemeinsamen WHO/FAO Expertenkonsultation*. Genf: WHO Document Production Services.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2005a). *Global strategy on diet, physical activity and health*. Online abrufbar von: www.who.int/dietphysicalactivity/en.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2005b). *Preventing chronic diseases: a vital investment*. WHO global report. Genf, Schweiz.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2005c). *World Health Report. Make every mother and child count*. Genf: WHO Document Production Services.

- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2006). Global InfoBase Online. Online abrufbar von: www.who.int/ncd_surveillance/infobase/web/InfoBaseCommon.
- YOUMANS, S. & SCHILLINGER, D. (2003). Functional health literacy and medication use: The pharmacist's role. *The Annals of Pharmacotherapy*, 37, 1726-1729.
- ZARCADOOLAS, C. et al. (2003). Elaborating a definition of health literacy: A commentary. *Journal of Health Communication*, 8, 119-120.
- ZARCADOOLAS, C. et al. (2005). Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promotion International*, 1-9.
- ZIMMERMANN, M. et al. (2004). Overweight and obesity in 6-12 year old children in Switzerland. *Swiss Medical Weekly*, 134, 523-528.
- ZITTLAU, J. (2003a). Frauen essen anders, Männer auch. *Tabula*, Oktober (4), 4-9.
- ZITTLAU, J. (2003b). Essen für das Loch in der Seele. *Tabula*, Oktober (4), 10-11.
- ZOBEL, E. (2002). An updated overview of medical and public health literature addressing literacy issues. An annotated bibliography of articles published in 2001. Harvard School of Public Health. Online abgerufen im Mai 2006 von: www.hsph.harvard.edu/healthliteracy/literature/lit_2001.html

