

Bundesgesundheitsbl 2020 · 63:1151–1160
<https://doi.org/10.1007/s00103-020-03192-x>
Online publiziert: 14. Juli 2020
© Der/die Autor(en) 2020



Eva Baumann¹ · Fabian Czerwinski¹ · Magdalena Rosset¹ · Markus Seelig² · Ralf Suhr²

¹ Institut für Journalistik und Kommunikationsforschung, Hochschule für Musik, Theater und Medien Hannover, Hannover, Deutschland

² Stiftung Gesundheitswissen, Berlin, Deutschland

Wie informieren sich die Menschen in Deutschland zum Thema Gesundheit? Erkenntnisse aus der ersten Welle von HINTS Germany

Zusatzmaterial online

Zusätzliche Informationen sind in der Online-Version dieses Artikels (<https://doi.org/10.1007/s00103-020-03192-x>) enthalten.

Einleitung/Hintergrund

Im Gesundheitswesen ist seit einiger Zeit schon ein Wandel der Rollenverständnisse in der Arzt-Patienten-Beziehung zu beobachten. Im Zuge dieses Prozesses wird von Patient*innen eine zunehmend aktive Beteiligung an medizinischen Entscheidungen erwartet [1, 2]. Eine solche Sichtweise erfordert eine gesteigerte Souveränität der Patient*innen, welche mit Verantwortungsübernahme und Wissen über Gesundheitsfragen – und damit der Fähigkeit und Bereitschaft zur informierten und partizipativen Entscheidungsfindung – verbunden ist [3]. Die Menge der im Internet verfügbaren gesundheitsbezogenen Informationen hat sich durch den Fortschritt im Bereich digitaler, interaktiver und mobiler Kommunikationswege potenziert und trifft auf eine hohe Resonanz aufseiten der Nutzer*innen [4]. Die Quantität und Heterogenität des Informationsangebotes stellt die Nutzenden vor enorme Herausforderungen, wenn es um Orientierung, Qualitätsbeurteilung und Informationsauswahl geht [5]. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass eine hohe Informations-

und Medienkompetenz nicht in allen Bevölkerungsgruppen gleichermaßen gegeben ist und entsprechende Differenzen in der Nutzung von (Online-)Gesundheitsinformationen mit gesundheitlichen sowie sozialen Ungleichheiten assoziiert sind [6, 7]. Neben der sozial ungleichen Verteilung der allgemeinen Gesundheitskompetenz [8] ist die disparate Verteilung der Fähigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen hervorzuheben [7].

Die systematische Kenntnis der Informationsbedarfe und -barrieren verschiedener Bevölkerungsgruppen sowie ihres Wissens, ihrer Interessen und Motive, ihres Informations- und Kommunikationsverhaltens und deren Implikationen für gesundheitsrelevante Entscheidungen sind von elementarer Bedeutung sowohl für wissenschaftliche Erklärungsansätze des Gesundheitsinformationsverhaltens als auch für Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention. Hierfür bietet sich ein konzeptueller Rahmen an, der auf Theorien der Veränderung des Gesundheitsverhaltens basiert und darüber hinaus zwei unterschiedliche Perspektiven [9] integriert: Erstens wird die aus Sicht der Nutzenden eher passive „Push-Kommunikation“ adressiert, die primär strategische, mediale Gesundheitskommunikation zur Aufmerksamkeitslenkung und Wissenssteigerung umfasst. Zweitens wird mit der „Pull-Kommunikation“ auch die aktive Su-

che nach Gesundheitsinformationen aus medialen und interpersonalen Quellen berücksichtigt, die in hohem Maße nutzerseitige Interessen und Motivationslagen widerspiegelt [10].

Auf dieser Grundlage können schließlich zielgruppengerechte, an die Lebens- und Kommunikationswelten der Menschen angepasste Gesundheitsinformationsangebote entwickelt und über geeignete Kanäle bereitgestellt werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Prozess der Informationssuche und -verarbeitung überaus vielfältig und komplex ist, zumal gesundheitsrelevante Entscheidungen i. d. R. nicht rational, sondern vielmehr vom sozialen Umfeld abhängig und emotionsgesteuert getroffen werden – dies gilt umso mehr bei persönlicher Betroffenheit [11].

Fundiertes Wissen darüber, mit welchen Zielen und unter Verwendung welcher Strategien die Menschen nach Gesundheitsinformationen suchen, erscheint daher in mehrfacher Hinsicht relevant: Es hilft einerseits, das Informationsverhalten der jeweiligen Zielgruppe besser zu verstehen und den Einfluss der Informationsnutzung auf das Gesundheitsverhalten zu prognostizieren. Andererseits dient es Kommunikator*innen dazu, Angebote bedarfsgerechter zu gestalten, einzelne Teilzielgruppen besser zu adressieren und unerwünschte Informationswirkungen zu reduzieren.

Kommunikator*innen sollten sich daran orientieren, wo Menschen welche Art von Gesundheitsinformationen suchen oder bereits erhalten und welchen Informationen und Quellen sie vertrauen, um die Kluft zwischen Informationsangeboten, -bedarfen und -präferenzen zu verringern. Zugleich ist dies Voraussetzung dafür, die Angebote so zu gestalten, dass Informationen von der jeweiligen Zielgruppe beachtet oder gefunden, verstanden und als glaubwürdig eingeschätzt werden. Gleichmaßen gilt es zu erkennen, welche Bevölkerungsgruppen keine Gesundheitsinformationen suchen bzw. über die verschiedenen Informationswege nicht erreicht werden können und warum sie diese ignorieren oder gar vermeiden [12]. Ein besonderer Bedarf besteht auch hinsichtlich der Entwicklung adäquater Angebote für gesundheitlich und sozial benachteiligte Menschen [13] und jene mit geringer Gesundheitskompetenz [14]. Die Relevanz von Gesundheitsinformationen für die Vorbeugung, Früherkennung, Behandlung und Bewältigung von Krankheiten gilt für akute wie chronische Erkrankungen gleichermaßen wie für das alltägliche Gesundheits- und Risikoverhalten, das unter Umständen erst nach vielen Jahren zu nachhaltigen Beeinträchtigungen führt.

Bislang findet in Deutschland keine systematische Erfassung des Gesundheitsinformationsverhaltens der Gesamtbevölkerung in Form unabhängiger, frei zugänglicher und wissenschaftlich fundierter Daten statt. Studien in diesem Themenfeld (wie z. B. Gesundheitsmonitor oder Flash Eurobarometer) werden bzw. wurden durch einzelne Akteure initiiert und durchgeführt, basieren aber z. T. auf sehr heterogenen Studiendesigns [15, 16]. Dies führt zu einer eingeschränkten Vergleichbarkeit der Daten, sodass weder Trendaussagen noch internationale Vergleiche möglich sind. Die vorhandenen Studien greifen zwar verschiedene einzelne Aspekte des Gesundheitsinformationsverhaltens, teils auch auf Basis großer Fallzahlen, auf, liefern aber vorwiegend deskriptive Erkenntnisse. Für Deutschland gilt ebenso wie für den gesamten europäischen Raum, dass es an einer theoretisch fun-

dierten und methodisch hochwertigen Datengrundlage zum Gesundheitsinformationsverhalten mangelt. Dazu zählen gesichertes Wissen über Erklärungsansätze für ein geringes Informationsinteresse und für Informationsbarrieren bestimmter Bevölkerungsgruppen, aber auch Analysen der komplexen Zusammenhänge zwischen der Suche nach Gesundheitsinformationen und der Nutzung verschiedener Quellen einerseits und gesundheitsrelevanten Einstellungen und Verhaltensweisen sowie weiteren sozialen Gradienten andererseits. Somit fehlt bislang eine standardisierte Datenbasis für die Planung und Gestaltung effektiver Gesundheitskommunikation sowie für eine langfristige Wirksamkeitsmessung entsprechender Interventionen, z. B. von Aufklärungskampagnen zur Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen.

Insbesondere vor dem Hintergrund der hochgradig dynamischen, informations- und kommunikationstechnologischen Entwicklungen und der zunehmend interaktiven, online und mobil verfügbaren Kommunikations- und Informationsangebote sowie der sich kontinuierlich wandelnden Kommunikationsroutinen der Informationssuchenden ist zudem eine Prozessperspektive unerlässlich. Entsprechend gilt es, das Gesundheitsinformationsverhalten langfristig und in regelmäßigen Abständen zu beobachten [17]. Diesen Rahmen bietet das Projekt HINTS Germany (Health Information National Trends Survey Germany) der Stiftung Gesundheitswissen, Berlin, das die Studie in Zusammenarbeit mit dem Hanover Center for Health Communication am Institut für Journalistik und Kommunikationsforschung der Hochschule für Musik, Theater und Medien Hannover realisiert. HINTS Germany ist eine Adaption des US-amerikanischen Projekts HINTS U.S., einer umfassenden Repräsentativbefragung zur Gesundheit und zum Gesundheitsinformationsverhalten der US-amerikanischen Bevölkerung mit einem Schwerpunkt auf dem Thema Krebs, die seit 2003 jährlich unter Federführung des National Cancer Institute (NCI) durchgeführt wird [10, 18]. Der HINTS U.S. stellt die erhobenen Da-

ten kostenlos zur Verfügung, auf diese Weise hat er sich zu einer weitverbreiteten und stark genutzten Datenbasis entwickelt, die in mittlerweile über 400 Publikationen verwendet worden ist. Auch die Daten von HINTS Germany sollen wissenschaftlichen Institutionen nach dem Open-Access-Prinzip kostenfrei zur Verfügung stehen.

Mit HINTS Germany soll die zentrale Frage beantwortet werden, wie sich die Menschen in Deutschland zu gesundheitsbezogenen Themen informieren. Dieser Artikel liefert erste Antworten. Zunächst wird das methodische Vorgehen der Studie inkl. Stichprobenziehung und Instrumentenentwicklung beschrieben. Nachfolgend werden einige Ergebnisse dargestellt, bevor die Befunde zusammenfassend diskutiert und ins Verhältnis zu vorhandenen Forschungsergebnissen gesetzt werden.

Methodik

Am Anfang des Adaptionprozesses von HINTS Germany standen zwei grundlegende Entscheidungen: Wie gelingt die bestmögliche Übersetzung des Fragebogens ins Deutsche? Und welcher methodische Ansatz ist für die Erhebung der Daten in Deutschland am besten geeignet?

Abweichend von der Methodologie des HINTS U.S., der in den ersten Jahren telefonisch durchgeführt wurde, seit 2008 aber als postalische Befragung läuft, wurde HINTS Germany im CATI (Computer-assisted Telephone Interview)-Format realisiert. Neben Effizienzgründen sprach auch der als etabliert geltende Status von CATI-Befragungen als akzeptierter Modus der Datenerhebung [19] für diese Entscheidung. Für eine möglichst gute Abdeckung aller Bevölkerungsgruppen wurde ein Dual-Frame-Ansatz gewählt, der in der Bruttostichprobe einen Mobilfunknummernanteil von 40 % enthielt. Auf diese Weise werden auch Zielpersonen erreicht, die nur über das Mobiltelefon erreichbar sind (die sogenannte Mobile-only-Zielgruppe, die v. a. aus jüngeren Erwachsenen besteht, vgl. [20]). Die Zielpersonenauswahl in der Festnetzstichprobe erfolgte mit dem Schweden-

E. Baumann · F. Czerwinski · M. Rosset · M. Seelig · R. Suhr

Wie informieren sich die Menschen in Deutschland zum Thema Gesundheit? Erkenntnisse aus der ersten Welle von HINTS Germany

Zusammenfassung

Hintergrund. Die dynamischen Entwicklungen im Gesundheitssystem gehen mit einer aktiveren und stärker partizipativen Patientenrolle einher, in der Patient*innen als informierte Entscheider*innen ihre Versorgung mitgestalten. In diesem Zuge gewinnt das gesundheitsbezogene Informationshandeln an Bedeutung, jedoch wird es bislang nicht systematisch erfasst. Der Health Information National Trends Survey Germany (HINTS Germany) schließt diese Lücke.

Methodik. HINTS Germany wurde als telefonische Befragung einer Stichprobe von $N = 2902$ Personen durchgeführt. Der Fragebogen beinhaltet diverse Aspekte der Suche nach und Nutzung von Gesundheitsinformationen, der Versorgung, des Gesundheitszustands und -verhaltens.

Ergebnisse. Die ersten Erkenntnisse belegen, dass es regionale und geschlechtsspezifische Unterschiede im Gesundheitsinformationshandeln gibt. Etwa jede vierte befragte Person berichtet von Problemen bei der Informationssuche. Die meistgenutzten Informationsquellen sind Ärzt*innen und anderes medizinisches Fachpersonal sowie das Internet, wobei Ärzt*innen das mit Abstand größte Vertrauen entgegengebracht wird.

Diskussion. Der eher seltene Zugriff auf das Internet als primäre Quelle korrespondiert mit dem geringeren Vertrauen, das die Befragten in das Internet als Quelle für Gesundheitsinformationen legen, was auch aus anderen Studien bekannt ist. Dies sollte jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass

das Internet als ergänzende Quelle einen hohen Stellenwert haben kann, also in Kombination mit anderen Informationen genutzt wird, beispielsweise nach einem Arztbesuch. HINTS Germany bietet eine für die erwachsene Bevölkerung in Deutschland repräsentative Datengrundlage, mit der die Bedeutung der Gesundheitsinformationssuche für gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen differenziert analysiert werden kann.

Schlüsselwörter

Gesundheitsinformationssuche · Informationsquellen · Gesundheitliche Ungleichheit · Zielgruppenanalyse · Befragung

How do people in Germany seek health information? Insights from the first wave of HINTS Germany

Abstract

Background. Dynamic developments in the healthcare system are associated with a more active and more participatory patient role, in which patients make informed decisions and help shape their care. This points to the increasing role of health information and health information seeking behaviors. But to date, the health information seeking behavior of people in Germany hasn't been subject to systematic survey research. The German Health Information National Trends Survey (HINTS Germany) closes this gap.

Methods. HINTS Germany was fielded as a telephone survey with a sample of $N = 2902$ people. The questionnaire covers various aspects of the search for and use of health

information, healthcare, health status, and health-related behaviors.

Results. First results show regional and gender differences in health information seeking. One in four respondents reports problems concerning the process of health information seeking. The most used health information sources are doctors and other health professionals as well as the Internet, whereby respondents trust health information from doctors by far the most.

Discussion. The rather rare use of the Internet as the primary source corresponds to the lower level of trust that the respondents place in the Internet as a source of health information, which is also known from other

studies. However, this should not hide the fact that the Internet can be of great importance as a supplementary source, i.e., used in combination with other information, for example after a doctor's visit. HINTS Germany provides a data basis representative of the adult population in Germany, with which the importance of health information seeking for health-related attitudes and behaviors can be analyzed in a differentiated manner.

Keywords

Health information seeking · Information sources · Health inequality · Target group analysis · Survey

schlüssel, einem zufallsbasierten Verfahren, das allen Zielpersonen im Haushalt die gleiche Auswahlwahrscheinlichkeit garantiert [19].

Die Übersetzung des Originalfragebogens des Referenzprojektes (HINTS 5, Cycle 1, 2017) wurde nicht mit dem traditionellen Ansatz der „back translation“ durchgeführt, sondern mit dem moderneren und inzwischen als Goldstandard geltenden Ansatz der „team translation“ [21]. Die erste Übersetzung wurde von

einer professionellen Übersetzerin mit Erfahrungen in medizinischen Studien vorgenommen, die zweite Übersetzung entstand im HINTS-Germany-Team (insgesamt 6 Personen mit gesundheits- bzw. kommunikationswissenschaftlicher Expertise). Die beiden Versionen wurden anschließend im Rahmen eines Reviewverfahrens unter Moderation einer erfahrenen Expertin für internationale Surveyforschung des GESIS-Instituts (Leibniz-Institut für Sozialwis-

senschaften) zusammengeführt, wobei Abweichungen zwischen den Übersetzungen ausführlich diskutiert und in eine konsentrierte Fassung überführt wurden. Im Juli 2018 wurden 10 Fragen einem tiefergehenden kognitiven Pretest unterzogen, um etwaige Probleme der Befragten bei der sinnhaften Erfassung der Fragenformulierung und der Antwortskalen zu erkennen. Dazu wurden persönliche Interviews mit 13 Personen durchgeführt, aufgezeich-

net, transkribiert und ausgewertet. Die Ergebnisse zeigten bei einer Frage große Schwierigkeiten mit der Antwortskala, die daraufhin umformuliert wurde. Im September 2018 wurde der CATI-Feldpretest mit $n=47$ Personen von dem Umfrageinstitut durchgeführt, das die Haupterhebung realisiert hat (USUMA GmbH, Berlin). Die Resultate zeigten v. a. eine deutliche Überschreitung der anvisierten zeitlichen Obergrenze von 25 min pro Interview (um durchschnittlich 14 min), sodass der Fragebogen um etwa ein Drittel gekürzt werden musste. Die Kürzungen wurden v. a. in den Frageblöcken zum Tabakkonsum, zu Krebs, zur Gesundheitsversorgung und zur Einstellung gegenüber medizinischen Früherkennungsmöglichkeiten vorgenommen.

Der finale Fragebogen enthielt einen ausführlichen Kernteil mit insgesamt 21 Fragen zur Suche nach Gesundheitsinformationen allgemein und zur gesundheitsbezogenen Internetnutzung sowie 8 Fragen zu verschiedenen Aspekten der Gesundheitsversorgung. Im Anschluss folgten 8 Fragen zum Gesundheitszustand und jeweils 2–3 Fragen zum gesundheitsrelevanten Verhalten (körperliche Aktivität, Tabak- und Alkoholkonsum) der Befragten. Den themenspezifischen Schluss bildeten Fragen zur Teilnahme an Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung (eine Frage), zu eigenen Krebserkrankungen (3 Fragen) und zu Ansichten bzw. Einstellungen rund um das Thema Krebs (3 Fragen). Abschließend wurden die Befragten noch um die Beantwortung von 15 Fragen zu ihrer Soziodemografie gebeten. Die im Ergebnisteil vorgestellten Befunde sind folgendermaßen operationalisiert worden: Die Lebenszeitprävalenz der gesundheitsbezogenen Informationssuche ist mit der Frage: „Haben Sie sich schon einmal gezielt über gesundheitliche oder medizinische Themen informiert, egal wo oder bei wem?“, erhoben worden. Mögliche Probleme bei der Suche nach Gesundheitsinformationen sind mit der aus 4 Items bestehenden Information Seeking Experience Scale [22] erfasst worden. Die Skala umfasst die folgenden Aussagen: „Es war sehr aufwendig, an die benötigten Informationen zu kommen“;

„Die Suche nach Informationen hat Sie frustriert“, „Sie waren beunruhigt wegen der Qualität der Informationen“ und „Die von Ihnen gefundenen Informationen waren schwer zu verstehen“. Zur Beantwortung haben die Befragten eine 4-Punkte-Skala mit den Polen „stimme gar nicht zu“ und „stimme voll und ganz zu“ genutzt.

Die Befragten sind ungestützt nach ihrer bevorzugten Quelle für Gesundheitsinformationen gefragt worden („Stellen Sie sich vor, Sie bräuchten dringend Informationen zum Thema Gesundheit oder zu medizinischen Themen. Wo oder bei wem würden Sie sich zuerst informieren?“) und ihre Angaben sind zu den häufigsten Kategorien (Ärzt*innen und sonstiges medizinisches Fachpersonal, Familie/Freund*innen etc.) zusammengefasst worden. Zudem sind sie gebeten worden, ihr Vertrauen in Gesundheitsinformationen aus verschiedenen, möglichen Quellen auf einer 5-Punkte-Skala mit den Polen „vertraue überhaupt nicht“ und „vertraue sehr stark“ anzugeben. Grundlage dafür war die Frage: „Ganz allgemein, inwieweit würden Sie Informationen zu gesundheitlichen oder medizinischen Themen aus folgenden Quellen vertrauen?“ Die informationsbezogene Selbstwirksamkeitserwartung ist mit der Frage: „Wie zuversichtlich sind Sie, dass Sie Ratschläge oder Informationen zu gesundheitlichen oder medizinischen Themen bekommen können, wenn Sie das brauchen?“, und anhand einer 5-Punkte-Skala mit den Polen „überhaupt nicht zuversichtlich“ und „absolut zuversichtlich“ erhoben worden.

Alle methodologischen Entscheidungen wurden basierend auf einschlägiger Fachliteratur getroffen und ergänzend durch die externe Expertise des National Cancer Instituts (NCI), das den HINTS U.S. methodisch begleitende Forschungsinstitut Westat, durch Prof. Dr. Gary Kreps (George Mason University, Washington D.C.) als einem der Mitbegründer des HINTS am NCI, das GESIS-Institut (Mannheim/Köln) und das Robert Koch-Institut (RKI, Berlin) unterstützt. Auf diese Weise wurden sowohl die Erfahrungen und der systematische Entwicklungsprozess des Referenzpro-

jektes integriert als auch nationale Herausforderungen und Besonderheiten der empirischen Sozial- und Gesundheitsforschung berücksichtigt. Da es sich um eine Querschnitterhebung handelt, in deren Rahmen keine personenbezogenen Daten in Verbindung mit Kontaktdaten gespeichert werden, war weder eine Datenschutzprüfung noch ein Ethikantrag notwendig.

Im Oktober 2018 startete die Haupterhebung von HINTS Germany, die Ende Januar 2019 abgeschlossen war. Insgesamt umfasst die Stichprobe $N=2902$ Personen im Alter von 18 bis 79 Jahren. Die für die telefonischen Interviews eingesetzten 92 Interviewer*innen wurden vor Erhebungsbeginn geschult und während der Erhebung kontinuierlich betreut, um eine möglichst hohe Datenqualität zu gewährleisten. Die nach den Richtlinien der American Association for Public Opinion Research berechnete Teilnehmerate lag bei 18,7% (AAPOR Combined Response Rate 3, vgl. [23]).

Die Gewichtung der Daten erfolgte in 3 Schritten: Zunächst wurde die Verteilung der Haushaltsgrößen in der realisierten Stichprobe an die bekannte Verteilung in der Grundgesamtheit angepasst, um die Verzerrung durch die aufgrund der geringeren Erreichbarkeitswahrscheinlichkeit gegebene erhöhte Nonresponse-Rate in Einpersonenhaushalten auszugleichen. Im zweiten Schritt erfolgte eine Designgewichtung, mit der die durch das Stichprobendesign zwangsläufig entstehenden verschiedenen Auswahlwahrscheinlichkeiten der Zielpersonen korrigiert wurden. Im letzten Schritt wurden die Daten iterativ über die Randsummenverteilung der Merkmale Alter, Geschlecht, Bundesland, Schulabschluss und Familienstand an die entsprechende Verteilung aus dem Mikrozensus des Jahres 2016 angepasst [24]. Dementsprechend sind die Daten in dieser Hinsicht repräsentativ für die Gesamtbevölkerung im Alter von 18 bis 79 Jahren in Deutschland, die ausreichende deutsche Sprachkenntnisse für die Durchführung eines telefonischen Interviews besitzt. Ergänzend wurden für jeden Fall des Datensatzes jeweils 49 Replikationsgewichte nach der Jackknife-1-Methode berechnet, um die Präzisi-

Tab. 1 Deskriptive Darstellung soziodemografischer und gesundheitsbezogener Variablen^a im HINTS Germany (Health Information National Trends Survey)

Alter (in Jahren)	Mittelwert	Standardabweichung
	48,3	16,9
Geschlecht	Häufigkeit	Gültige Prozente
Weiblich	1455	50,1
Männlich	1447	49,9
Gesamt	2902	100,0
Sozioökonomischer Status	Häufigkeit	Gültige Prozente
Niedrig	590	21,5
Mittel	1346	49,0
Hoch	813	29,6
Gesamt	2748	100,0
Keine Angabe	154	–
Migrationshintergrund ^b	Häufigkeit	Prozent der Fälle
Nein	2234	77,0
Ja, befragte Person hat selbst Migrationshintergrund	299	10,3
Ja, ein Elternteil hat Migrationshintergrund	127	4,4
Ja, beide Eltern haben Migrationshintergrund	164	5,6
Ja, Großeltern haben Migrationshintergrund	102	3,5
Gesamt	2927	100,9
Keine Angabe	56	–
Gesundheitszustand	Häufigkeit	Gültige Prozente
Sehr gut	666	23,0
Gut	1450	50,0
Mittelmäßig	600	20,7
Schlecht	152	5,2
Sehr schlecht	32	1,1
Gesamt	2900	100,0
Keine Angabe	2	–

^a*N* = 2902

^bBasis: gewichtete absolute Fälle

^cMehrfachantworten möglich, daher sind die Werte in der Zeile „Gesamt“ größer als die Stichprobe

on inferenzstatistischer Methoden zu erhöhen [25, 26].

Die Berechnung des sozioökonomischen Status (SES) der Befragten erfolgte zunächst anhand der Angaben zum höchsten beruflichen bzw. schulischen Abschluss, der gemäß eines international standardisierten Klassifikationsschemas in eine Punktzahl umgerechnet wurde [27]. Diese Punktzahl wurde anschließend in Verbindung mit dem Haushaltsnettoäquivalenzeinkommen in einen Wert zwischen 0 und 10 Punkten transformiert, der wiederum als Proxy für einen niedrigen (0–3 Punkte), mittleren (4–6 Punkte) oder hohen (7–10 Punkte) sozialen Status weiterverwendet wurde. Im Falle fehlender Angaben zum Haushaltseinkommen wurde nur der höchste

berufliche bzw. schulische Abschluss für die Berechnung des SES herangezogen. Für die Analysen wurden deskriptive Auswertungen mit SPSS® (IBM Corp. Released 2017, IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0, Armonk, NY, USA) gerechnet.

Ergebnisse

Die deskriptive Beschreibung der soziodemografischen Stichprobenmerkmale ist in **Tab. 1** dargestellt. Die Stichprobe umfasste *N* = 2902 Personen, von denen 50,1 % weiblich waren. Der Altersdurchschnitt lag bei 48,3 Jahren und die Verteilung des sozioökonomischen Status zeigt, dass 21,5 % der Befragten einen niedrigen SES aufwiesen und fast

die Hälfte der Befragten (49,0 %) einen mittleren Status. 29,6 % der befragten Personen fielen in die Gruppe mit hohem SES. Mehr als 3 von 4 Befragten (77,0 %) hatten keinen Migrationshintergrund, weder selbst noch aufseiten der Eltern oder Großeltern. Einen eigenen Migrationshintergrund berichteten 10,3 % der Fälle, weitere 10,0 % gaben an, dass ein oder beide Elternteile eine Zuwanderungsgeschichte haben, und bei 3,5 % der Fälle trifft dies auf die Großeltern zu. Der Großteil der Befragten gab an, bei sehr guter (23,0 %) oder guter (50,0 %) Gesundheit zu sein. Nur 6,3 % der Befragten schätzten ihre eigene Gesundheit als schlecht (5,2 %) oder gar sehr schlecht (1,1 %) ein.

Regionale und soziodemografische Unterschiede bei der Suche nach Gesundheitsinformationen

Insgesamt gaben fast drei Viertel der Befragten (74,0 %) an, schon mindestens einmal gezielt nach gesundheitsbezogenen Informationen gesucht zu haben („Haben Sie sich schon einmal gezielt über gesundheitliche oder medizinische Themen informiert, egal wo oder bei wem?“). **Abb. 1** zeigt die diesbezüglichen regionalen Unterschiede in Deutschland im Vergleich der Bundesländer (für Konfidenzintervalle siehe Online-Zusatzmaterial). Die niedrigsten Bevölkerungsanteile finden sich im Saarland (57,1 %) und in Brandenburg (58,6 %), während Sachsen-Anhalt (89,7 %) das Länder-Ranking mit klarem Vorsprung anführt.

Abb. 2 zeigt den Anteil der Befragten, die schon mindestens einmal gezielt nach gesundheitsbezogenen Informationen gesucht haben, in Abhängigkeit von Geschlecht und SES. Es ist zunächst auffällig, dass deutlich mehr Frauen als Männer diese Frage bejaht haben (81,1 % vs. 68,5 %) und dass die Zustimmungsraten beider Geschlechter mit höherem SES steigen (69,0 % vs. 88,6 % bei Frauen und 55,0 % vs. 78,7 % bei Männern). Des Weiteren zeigt sich, dass die Geschlechterdifferenz mit höherem SES kleiner wird (von 14,0 %-Punkten bei niedrigem SES auf 9,9 %-Punkte bei hohem SES), es deutet sich demnach schon in der deskrip-

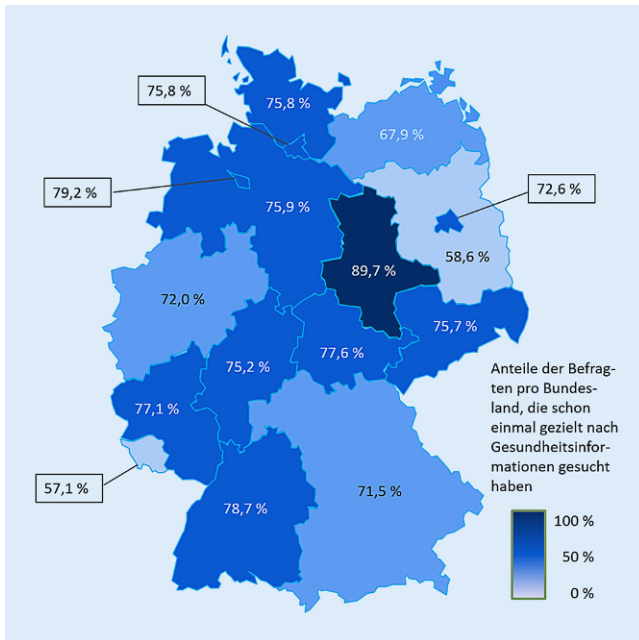


Abb. 1 ◀ Regionale Unterschiede bei der Gesundheitsinformationssuche nach Bundesland (Datenbasis: alle Befragten; n = 2901)

tiven Betrachtung eine Wechselwirkung zwischen Geschlecht und sozialem Status an.

Probleme bei der Gesundheitsinformationssuche

Von den Befragten (74,0%), die schon einmal gezielt nach Gesundheitsinformationen gesucht haben, berichtete der überwiegende Teil, wenige Schwierigkeiten bei der letzten Suche nach gesundheitsbezogenen Informationen gehabt zu haben (Abb. 3). Dennoch stimmten 33,4% der Aussage („es war sehr aufwendig, an die benötigten Informationen zu kommen“) tendenziell („eher“) oder absolut („voll und ganz“) zu. Etwas mehr als ein Viertel der Befragten (26,7%) bejahten, dass sie „beunruhigt waren wegen der Qualität der Informationen“ und immerhin 22,9% beklagten, dass die „gefundenen Informationen ... schwer zu verstehen [waren]“.

Quellenpräferenz und Vertrauen

Auf die Frage nach der ersten Anlaufstelle bei dringendem Informationsbedarf antworteten mehr als zwei Drittel der Befragten (69,1%), dass sie zuerst eine Ärztin oder einen Arzt oder sonstiges medizinisches Fachpersonal aufsuchen würden (Abb. 4). Gut jeder Fünfte

(20,7%) gab an, zunächst das Internet zu konsultieren. Neben diesen beiden Primärquellen sind nur noch die Familie, Freund*innen und Kolleg*innen (5,4%) von nennenswerter Relevanz. Setzt man diese Antworten ins Verhältnis zu dem erhobenen Ausmaß des Vertrauens, dass die Befragten in gesundheitsbezogene Informationen aus diesen Quellen haben, wird deutlich, dass Ärzt*innen mit Abstand (M = 4,03; entspricht der Ausprägung „starkes Vertrauen“) als vertrauenswürdigste Quelle für Gesundheitsinformationen wahrgenommen werden (Abb. 4; die Abfrage des Vertrauens bezieht sich allerdings nur auf Ärzt*innen und nicht auch auf sonstiges medizinisches Fachpersonal). Die Quelle „Familie/Freund*innen/Kolleg*innen“ folgt mit einem Skalenscore Abstand (M = 3,05; entspricht der Ausprägung „mittleres Vertrauen“), während dem Internet in Relation zu den anderen Quellen am wenigsten Vertrauen entgegengebracht wird (M = 2,46; entspricht der Ausprägung „wenig Vertrauen“). Es zeigt sich, dass die Relation zwischen der Inanspruchnahme als Primärquelle und Vertrauen je nach Quelle variiert: Dem sozialen Umfeld wird zwar vergleichsweise hohes Vertrauen geschenkt, aber es wird nur selten als primäre Informationsquelle konsultiert; Informationen aus dem Internet hinge-

gen genießen relativ wenig Vertrauen, werden aber häufig genutzt.

Informationsbezogene Selbstwirksamkeitserwartung und Gesundheitszustand

In Abb. 5 ist der selbstberichtete Gesundheitszustand in Relation zur informationsbezogenen Selbstwirksamkeitserwartung dargestellt. Die Grafik zeigt, dass Befragte mit einem guten oder sehr guten Gesundheitszustand zu einem höheren Anteil „sehr zuversichtlich“ oder „absolut zuversichtlich“ sind, benötigte Gesundheitsinformationen erhalten zu können, als Befragte mit einem mittelmäßigen oder eher schlechten Gesundheitszustand (56,0% vs. 45,3% bzw. 48,6%). Auf der anderen Seite berichten Befragte mit eingeschränkter Gesundheit häufiger, „überhaupt nicht zuversichtlich“ oder „wenig zuversichtlich“ zu sein, als Befragte aus den beiden anderen Gruppen (22,0% vs. 15,0% bzw. 13,5%). Die Befunde deuten somit auch darauf hin, dass Menschen mit gesundheitlichen Belastungen, die besonderen Informations- und Unterstützungsbedarf haben könnten, eher seltener darauf vertrauen, Informationen auch erhalten zu können.

Zusammenfassung und Diskussion

Die Daten der ersten Welle von HINTS Germany erlauben Aussagen zum Gesundheitsinformationsverhalten verschiedener Bevölkerungsgruppen, wobei sich sowohl regionale Disparitäten zeigen als auch Unterschiede zwischen den Geschlechtern sowie hinsichtlich der sozialen Lage und des Gesundheitszustands der Befragten. Auch aus früheren Studien ist belegt, dass Frauen häufiger nach Gesundheitsinformationen suchen als Männer [11, 28]. Der Befund, dass Befragte mit niedrigem SES besonders häufig angaben, noch nie nach Gesundheitsinformationen gesucht zu haben, entspricht den Erkenntnissen aus Studien zur Gesundheitskompetenz [8] und zur Suche nach gesundheitsbezogenen Informationen [17, 29]. Vor dem Hintergrund der Forschungsergebnisse zu gesundheitlicher Ungleichheit [30]

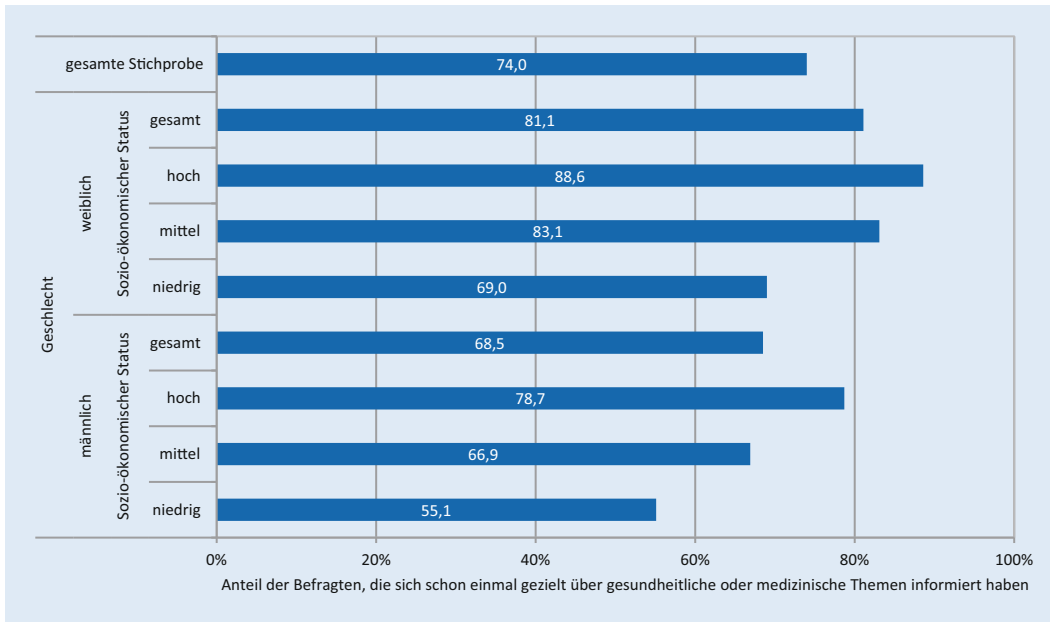


Abb. 2 ◀ Gesundheitsinformationssuche, Geschlecht und soziale Lage (Datenbasis: alle Befragten; n = 2749)

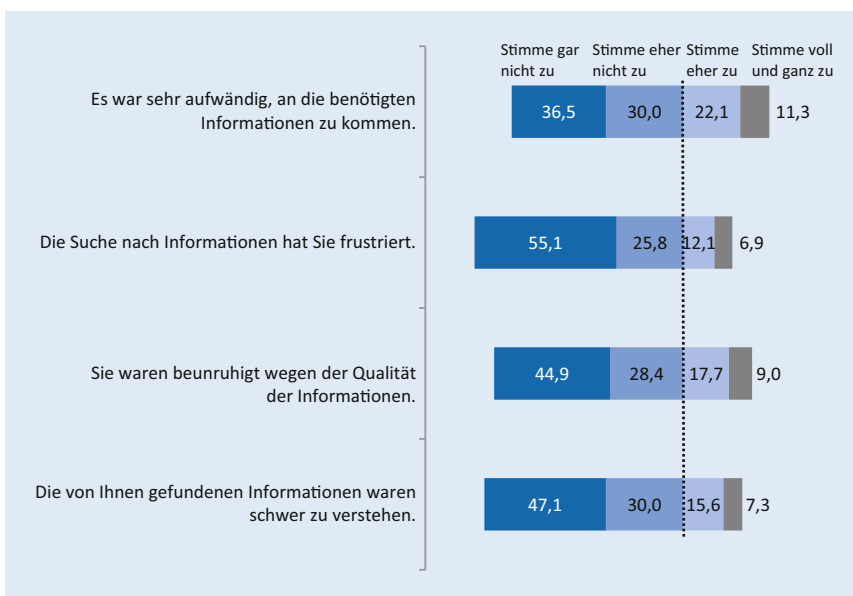


Abb. 3 ▲ Schwierigkeiten bei der letzten Gesundheitsinformationssuche (Datenbasis: nur Befragte, die schon mindestens einmal gezielt nach Gesundheitsinformationen gesucht haben; n = 2147)

kann dies als Hinweis darauf verstanden werden, dass informationsbezogene mit sozialen und gesundheitlichen Ungleichheiten assoziiert sind und unterstreicht die Notwendigkeit, dem Informationsverhalten als einem Indikator der Erreichbarkeit verschiedener Zielgruppen in Gesundheitsförderung und Prävention stärkere Beachtung zu schenken.

Von den etwa drei Vierteln der erwachsenen deutschen Bevölkerung, die schon einmal aktiv nach Gesundheitsinformationen gesucht haben, wurden

überwiegend positive Erfahrungen berichtet; etwa ein Viertel dieser Befragten empfand die Suche als problematisch. Damit ist dieser Anteil zwar deutlich kleiner als in den Vereinigten Staaten (USA), wo etwa jede zweite befragte Person von Problemen bei der Suche nach gesundheitsbezogenen Informationen berichtete [22], zeigt aber dennoch relevanten Bedarf auf. Ein direkter Vergleich zu Befunden aus Studien im deutschsprachigen Raum ist nicht möglich, eine Annäherung an dieses Thema liefert

aber die KomPas-Studie: Danach bejahten insgesamt 93,1 % der Befragten, dass „Informationen ihre Behandlung betreffend, verständlich und nachvollziehbar durch ihre/n Ärztin/Arzt vermittelt wurden“ [17].

Wie auch in früheren Studien [8, 16] geben die meisten Befragten an, als erste Quelle für Gesundheitsinformationen Ärzt*innen und anderes medizinisches Fachpersonal zu konsultieren. Ärzt*innen wird in Relation zu anderen Informationsquellen auch am meisten Vertrauen geschenkt, was sich ebenfalls mit Ergebnissen anderer Studien deckt [31]. Angesichts der breiten Verfügbarkeit und leichten Zugänglichkeit gesundheitsrelevanter Informationen im Internet überrascht, dass nur etwa ein Fünftel der Befragten bei akutem Informationsbedarf zuerst online nach Informationen sucht. Derartige Tendenzen zeigen sich allerdings auch in anderen Studien [8, 32, 33]. Der eher seltene Zugriff auf das Internet als primäre Quelle korrespondiert mit dem geringeren Vertrauen, das die Befragten in das Internet als Quelle für Gesundheitsinformationen legen, was auch aus anderen Studien bekannt ist [31, 34]. Dies sollte jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass das Internet als ergänzende Quelle einen hohen Stellenwert haben kann, also in Kombination mit anderen Quellen genutzt wird, beispielsweise nach ei-

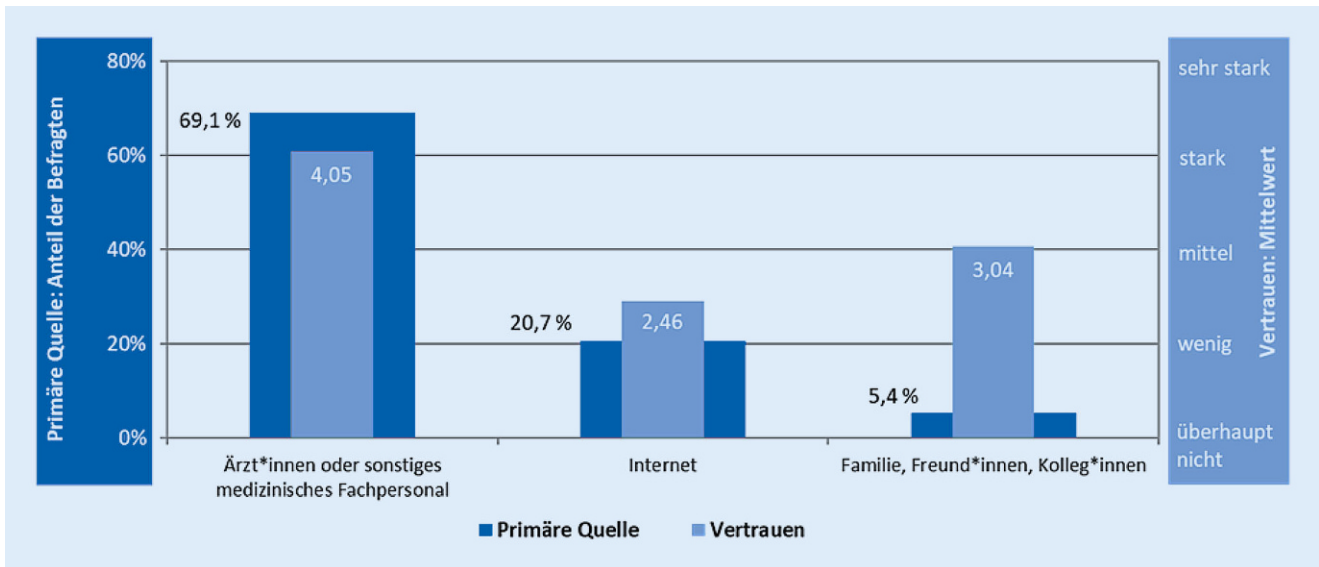


Abb. 4 ▲ Bevorzugte Quellen der Gesundheitsinformationssuche und Vertrauen in diese Quellen (Datenbasis: alle Befragten; n = 2772; die Abfrage des Vertrauens bezieht sich nur auf Ärzt*innen und nicht auch auf sonstiges medizinisches Fachpersonal)

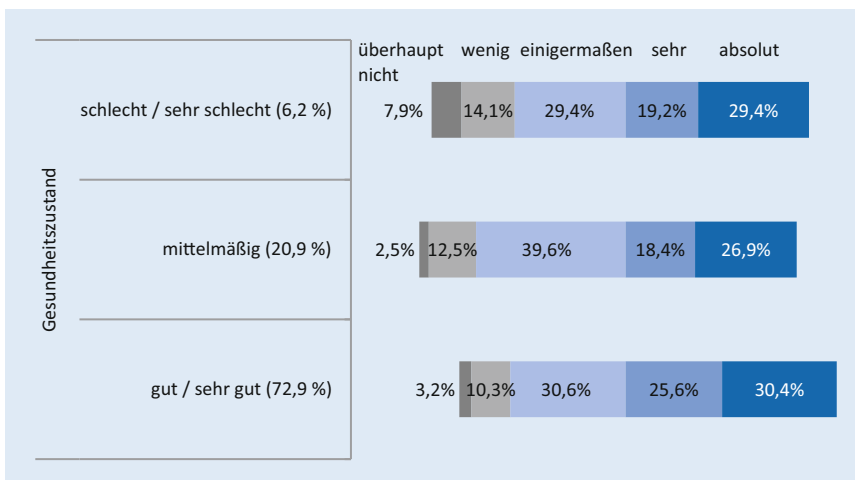


Abb. 5 ▲ Gesundheitszustand und informationsbezogene Selbstwirksamkeitserwartung (Datenbasis: alle Befragten; n = 2863)

nem Arztbesuch [31]. Die Nutzung des Internets als zusätzliche Informationsquelle kann eine Herausforderung für Ärzt*innen und anderes medizinisches Fachpersonal darstellen, da sie gefordert sind, einerseits die vorab gefundenen Informationen einzuordnen und andererseits auf qualitätsgesicherte, weitere Informationsangebote zu verweisen.

Zudem zeigt sich ein Zusammenhang zwischen dem Gesundheitszustand und der informationsbezogenen Selbstwirksamkeitserwartung: Befragte mit schlechterem Gesundheitszustand sind weniger zuversichtlich, Informa-

tionen zu Gesundheitsthemen erhalten zu können, als Befragte mit besserem Gesundheitszustand. Diese Assoziation ist aus Studien mit chronisch kranken Teilpopulationen bekannt [35] und deutet auf spezifischere Informationsbedarfe von Personen mit geringerer Selbstwirksamkeitserwartung hin. Zudem liefert dieser Zusammenhang Ansatzpunkte der Gesundheitsförderung und Prävention, die sowohl auf die Stärkung informationsbezogener als auch kognitiver und konativer gesundheitsbezogener Kompetenzen zielen sollte.

Die HINTS-Germany-Daten erlauben nicht nur internationale Vergleiche mit HINTS-Befragungen aus verschiedenen Ländern, sondern auch nationale Vergleiche mit deutschen Studien zum Gesundheits- und Gesundheitsinformationsverhalten. So wurde der Gesundheitszustand im Fragebogen von HINTS Germany analog zum Gesundheitszustand der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) 2012 des Robert Koch-Instituts erfragt. Ein Vergleich der Ergebnisse zeigt, dass die Teilnehmer*innen von HINTS-Germany etwas häufiger als die Befragten der GEDA-Studie [36, 37] angaben, einen guten oder sehr guten Gesundheitszustand zu haben (73,0 % vs. 70,4 %) bzw. ihre gesundheitliche Lage seltener als mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht wahrzunehmen (27,0 % vs. 29,6 %). Diese Unterschiede sind relativ klein, sollten aber dennoch bei der Interpretation der Ergebnisse beachtet werden – gerade da der tendenziell schlechtere Gesundheitszustand von Nichtteilnehmer*innen aus der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS) bekannt ist [38] und die Gesundheitsinformationssuche oftmals konkret in Zusammenhang mit einem gesundheitlichen Problem erfolgt [11], kann von einer leichten Verzerrung der Ergebnisse in Richtung der Einstel-

lungen und Verhaltensweisen gesunder Menschen ausgegangen werden.

Neben dieser Einschränkung müssen die Ergebnisse vor dem Hintergrund einiger weiterer Limitationen interpretiert werden. Zunächst handelt es sich um Querschnittsdaten, die keine kausalen Schlüsse ermöglichen. Die Daten sind entsprechend der geltenden fachlichen Standards für bevölkerungsrepräsentative Umfragen erhoben worden, basieren aber auf Selbstauskünften der telefonisch befragten Teilnehmer*innen. Entsprechend handelt es sich bei allen Angaben, etwa zum Gesundheitszustand und zum gesundheitsrelevanten Verhalten, um die subjektive Sichtweise der Befragten, die nicht notwendigerweise den Ergebnissen objektiver Messungen entspricht [39].

Fazit

Für die Entwicklung passgenauer Informationsangebote bedarf es eines umfassenden Verständnisses der gesundheitsbezogenen Vorstellungen und Einstellungen sowie des daraus resultierenden Informationsverhaltens. Die Daten von HINTS Germany können Kommunikationsexpert*innen, Praktiker*innen und Politiker*innen als Evidenzbasis für die Planung von Gesundheitskommunikationsmaßnahmen dienen und bei der Identifikation von Zielgruppen helfen, die einen besonderen Informations- und Unterstützungsbedarf haben. Das schließt explizit auch den Bildungsbereich ein, wo die notwendigen Grundlagen für die Ausbildung von spezifischeren Fähigkeiten wie der Gesundheitskompetenz gelegt werden – dort sollten die Anstrengungen verstärkt werden, junge Menschen auch zur gesundheitsbezogenen Selbstfürsorge zu befähigen [40]. Neben der stärkeren Integration in Schulen und anderen Bildungseinrichtungen könnte die Stärkung der Gesundheitskompetenz und der Selbstwirksamkeit in Bezug auf Gesundheitsinformationen durch Interventionen adressiert werden.

Durch die Adaption eines bewährten Instruments aus den USA, das mittlerweile auch in anderen Ländern aufgegriffen und teils bereits umgesetzt wurde (China, Japan, Israel, Peru), werden internationale Vergleiche möglich [41]. Dies

kann Aufschluss über Gemeinsamkeiten und Unterschiede im Gesundheitsinformationsverhalten in diesen Ländern geben und die Basis für kollaborative Gesundheitskommunikationsmaßnahmen bilden. Die internationale Vergleichbarkeit der HINTS-Germany-Daten ermöglicht nicht zuletzt eine Einordnung des Gesundheitsinformationsverhaltens in einen globalen Kontext.

Mit der im Sommer 2020 erhobenen zweiten Welle von HINTS Germany werden für Deutschland erstmals Trenddaten zur Verfügung stehen, die die Identifikation zeitlicher Veränderungen im Gesundheitsinformationsverhalten ermöglichen. Zudem werden die Daten von der Stiftung Gesundheitswissen für wissenschaftliche Zwecke nach dem Prinzip des Open Access verfügbar gemacht, sodass sie von Forscher*innen als Datenbasis genutzt werden können. So können theoretisch anschlussfähige komplexere Analysen und Erklärungen des Gesundheitsinformationsverhaltens und dessen Bedeutung für gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen realisiert werden, die letztlich wiederum der nach wie vor dringend erforderlichen Weiterentwicklung und Integration gesundheits- und kommunikationswissenschaftlicher Theorien des Gesundheits- und Informationsverhaltens sowie Theorien der Mediennutzung und -wirkung dienen sollten.

Korrespondenzadresse

Fabian Czerwinski

Institut für Journalistik und Kommunikationsforschung, Hochschule für Musik, Theater und Medien Hannover
Expo Plaza 12, 30539 Hannover, Deutschland
fabian.czerwinski@ijk.hmtm-hannover.de

Funding. Open Access funding provided by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. E. Baumann, F. Czerwinski, M. Rosset, M. Seelig und R. Suhr geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

1. Chewning B, Bylund CL, Shah B, Arora NK, Gueguen JA, Makoul G (2012) Patient preferences for shared decisions: a systematic review. *Patient Educ Couns* 86(1):9–18
2. Rummer A, Scheibler F (2016) Patientenrechte: Informierte Entscheidung als patientenrelevanter Endpunkt. *Dtsch Arztebl* 113(8):A322–A324
3. Smith SK, Nutbeam D, McCaffery KJ (2013) Insights into the concept and measurement of health literacy from a study of shared decision-making in a low literacy population. *J Health Psychol* 18(8):1011–1022
4. Baumann E, Link E (2016) Onlinebasierte Gesundheitskommunikation: Nutzung und Austausch von Gesundheitsinformationen über das Internet. In: Fischer F, Krämer A (Hrsg) *eHealth in Deutschland*. Springer, Heidelberg, Berlin, S 385–406
5. Fischer F, Dockweiler C (2016) Qualität von onlinebasierter Gesundheitskommunikation. In: Fischer F, Krämer A (Hrsg) *eHealth in Deutschland*. Springer, Berlin, Heidelberg, S 407–419
6. Koch-Weser S, Bradshaw YS, Gualtieri L, Gallagher SS (2010) The Internet as a health information source: findings from the 2007 Health Information National Trends Survey and implications for health communication. *J Health Commun* 15(Suppl 3):279–293
7. Bachl M (2016) Online health information seeking in Europe. Do digital divides persist? *SCJM* 5(4):427–453
8. Schaeffer D, Vogt D, Berens EM, Hurrelmann K (2016) Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – Ergebnisbericht. http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/Ergebnisbericht_HLS-GER.pdf. Zugegriffen: 14. Sept. 2019
9. Napoli PM (2001) Consumer use of medical information from electronic and paper media: a literature review. In: Rice RE, Katz JE (Hrsg) *The internet and health communication. Experience and expectations*. SAGE, London, S 79–98
10. Nelson D, Kreps GL, Hesse B et al (2004) The Health Information National Trends Survey (HINTS): development, design, and dissemination. *J Health Commun* 9(5):443–460

11. Baumann E, Hastall MR (2014) Nutzung von Gesundheitsinformationen. In: Hurrelmann K, Baumann E (Hrsg) Handbuch Gesundheitskommunikation. Huber, Bern, S451–466
12. Barbour JB, Rintamaki LS, Ramsey JA, Brashers DE (2011) Avoiding health information. *J Health Commun* 17(2):212–229
13. Leistner U, Kretzschmann C, Heil AM, Menkouo C, Grande G (2015) „Bloß diesen Sinn kann man nicht so gut verstehen ... wegen den Wörtern“ – Qualitative Studie zur Bedarfsgerechtigkeit von Gesundheitsinformationen für sozial Benachteiligte. *Gesundheitswesen* 77(11):848–853
14. Schaeffer D, Hurrelmann K, Bauer U, Kolpatzik K (2018) Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. Kompakt, Berlin
15. European Commission (2014) European Citizens' Digital Health Literacy. Flash Eurobarom. <https://doi.org/10.2759/86596>
16. Böcken J, Braun B, Meierjürgen R (Hrsg) (2015) Gesundheitsmonitor 2015. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen – Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK, 1. Aufl. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
17. Horch K, Jordan S (2019) Sachbericht zur Studie „Kommunikation und Information im Gesundheitswesen aus Sicht der Bevölkerung. Patientensicherheit und informierte Entscheidung“ (KomPaS). https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/ Publikationen/ Praevention/abschlussbericht/2019-08-01_Sachbericht_KomPaS.pdf. Zugegriffen: 9. Jan. 2020
18. Hesse BW, Moser RP, Rutten LJF, Kreps GL (2006) The Health Information National Trends Survey: research from the baseline. *J Health Commun* 11(sup001):vii–xvi
19. Diekmann A (2018) Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen, 12. Aufl. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg
20. ADM Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute (2012) Bericht zum Forschungsprojekt „Dual-Frame-Ansätze“ 2011/2012. <https://www.adm-ev.de/leistungen/forschungsprojekte/>. Zugegriffen: 18. Sept. 2019
21. Survey Research Center (2016) Guidelines for best practice in cross-cultural surveys. <http://www.ccsgr.isr.umich.edu/>. Zugegriffen: 15. Juli 2019
22. Arora NK, Hesse BW, Rimer BK, Viswanath K, Clayman ML, Croyle RT (2008) Frustrated and confused: the American public rates its cancer-related information-seeking experiences. *J Gen Intern Med* 23(3):223–228
23. American Association for Public Opinion Research (2016) Standard definitions: final dispositions of case codes and outcome rates for surveys. [https://www.aapor.org/Standards-Ethics/Standard-Definitions-\(1\).aspx](https://www.aapor.org/Standards-Ethics/Standard-Definitions-(1).aspx). Zugegriffen: 11. Juli 2019
24. Forschungsdatenzentren der statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2018) Mikrozensus 2016, eigene Berechnungen
25. Westat (2017) Health Information National Trends Survey 5 (HINTS 5). Cycle 1 methodology report. https://hints.cancer.gov/docs/methodologyreports/HINTS5_Cycle_1_Methodology_Rpt.pdf. Zugegriffen: 10. Juni 2019
26. Kott PS (2001) The Delete-a-group Jackknife. *J Off Stat* 17(4):521–526
27. UNESCO (2011) International Standard Classification of Education (ISCED 2011). <http://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/international-standard-classification-of-education-isced-2011-en.pdf>. Zugegriffen: 25. Apr. 2019
28. Manierre MJ (2015) Gaps in knowledge: tracking and explaining gender differences in health information seeking. *Soc Sci Med* 128:151–158
29. Ramanadhan S, Viswanath K (2006) Health and the information nonseeker: a profile. *Health Commun* 20(2):131–139
30. Moor I, Günther S, Knöchelmann A et al (2018) Educational inequalities in subjective health in Germany from 1994 to 2014: a trend analysis using the German Socio-Economic Panel study (GSOEP). *BMJ Open* 8(6):e19755
31. Link E (2019) Vertrauen und die Suche nach Gesundheitsinformationen. Eine empirische Untersuchung des Informationshandelns von Gesunden und Erkrankten. Springer, Wiesbaden
32. Jacobs W, Amuta AO, Jeon KC, Alvares C (2017) Health information seeking in the digital age. An analysis of health information seeking behavior among US adults. *Cogent Soc Sci* 3(1):327
33. Oedekoven M, Herrmann WJ, Ernsting C et al (2019) Patients' health literacy in relation to the preference for a general practitioner as the source of health information. *BMC Fam Pract* 20(1):94
34. Rains SA (2007) Perceptions of traditional information sources and use of the world wide web to seek health information: findings from the health information national trends survey. *J Health Commun* 12(7):667–680
35. Sarkar U, Ali S, Whooley MA (2007) Self-efficacy and health status in patients with coronary heart disease: findings from the heart and soul study. *Psychosom Med* 69(4):306–312
36. Lampert T, Schmidtke C, Borgmann LS, Poethko-Müller C, Kuntz B (2018) Subjektive Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland. *J Health Monit* 3(2):64–71
37. Robert Koch-Institut (2014) Daten und Fakten. Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
38. Kamtsiuris P, Lange M, Hoffmann R et al (2013) Die erste Welle der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1): Stichprobendesign, Response, Gewichtung und Repräsentativität. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 56(5–6):620–630
39. Helmerhorst HJF, Brage S, Warren J, Besson H, Ekelund U (2012) A systematic review of reliability and objective criterion-related validity of physical activity questionnaires. *Int J Behav Nutr Phys Act* 9:103
40. Schaeffer D, Hurrelmann K, Bauer U, Kolpatzik K, Gille S, Vogt D (2019) Der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz – Notwendigkeit, Ziel und Inhalt. *Gesundheitswesen* 81(6):465–470
41. Kreps GL, Yu G, Zhao X et al (2012) Extending the US Health Information National Trends Survey to China and Beyond: Promoting Global Access to Consumer Health Information Needs and Practices. Tagungsbeitrag. *Global Health 2012: The First International Conference on Global Health Challenges*. <http://www.worldcat.org/oclc/821106282>. Zugegriffen: 11. Juli 2019