



Themenblatt

## Gesundheitskompetenz von Eltern

Die Ursache von Adipositas im Kindes- und Jugendalter erscheint zunächst klar: die Energieaufnahme der Heranwachsenden übersteigt dauerhaft deren Energieverbrauch. Ein genauer Blick auf die Ursachen zeigt aber, dass Adipositas im Kindes- und Jugendalter von einer Vielzahl von Faktoren abhängig ist. Die unterschiedlichen genetischen Voraussetzungen interagieren mit einer sich wandelnden Umwelt, die häufig einen sitzenden Lebensstil begünstigt und von einem Überangebot an energiereichen Lebensmitteln geprägt ist. Die Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen wie die Familie, die Kita, die Schule sowie die unmittelbare Wohnumgebung werden ihrerseits durch soziale, ökonomische und politische Rahmenbedingungen beeinflusst. Adipositas im Kindes- und Jugendalter kann daher einerseits beim Individuum auf das Wechselspiel unterschiedlicher Einflussfaktoren zurückgeführt werden. Andererseits sind Kinder und Jugendliche in bestimmten Bevölkerungsgruppen und Entwicklungsphasen besonders anfällig für die Entwicklung von Adipositas.

Die auf diesem Themenblatt dargestellten Indikatoren sind Bestandteil des AdiMon-Indikatorensystems. Ziel von AdiMon ist es, regelmäßig aktualisierte und bevölkerungsweit aussagekräftige Daten über die Einflussfaktoren der Adipositas, umgesetzte Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung sowie über die Verbreitung von Adipositas im Kindes- und Jugendalter systematisch zusammenzustellen und öffentlich verfügbar zu machen.

### Kernaussagen

- Laut GEDA-Studie (2014/2015) findet sich für 40 % der Eltern von 0- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen eine niedrige bzw. eher niedrige Gesundheitskompetenz, das heißt sie berichten häufiger über Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen.
- 8 % der Eltern von 0- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen haben laut GEDA-Studie (2014/2015) ein geringes Gesundheitsbewusstsein.

### Hintergrund

Die allgemeine Gesundheitskompetenz umfasst das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um informierte Entscheidungen zur gesundheitlichen Versorgung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung zu treffen und somit die Lebensqualität zu erhalten oder zu steigern [1]. Die allgemeine Gesundheitskompetenz wird maßgeblich von den Anforderungen und der Komplexität der Lebenswelten beeinflusst, in denen sich die Menschen bewegen [2]. Gesundheitskompetenz gilt als wichtige Determinante gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen und ist somit bedeutsam für die Gesundheit [3]. Beispielsweise sind Erwachsene mit einer ausgeprägten Gesundheitskompetenz häufig körperlich aktiver als Erwachsene mit einer geringen Gesundheitskompetenz [4-6]. Auch bei Kindern steht die Gesundheitskompetenz mit gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen in Verbindung [7-9]. Des Weiteren kann die Gesundheitskompetenz der Eltern die Gesundheit von deren Kindern beeinflussen. So wird eine geringe Gesundheitskompetenz der Eltern als Risikofaktor für die Entwicklung von Adipositas bei deren Kindern diskutiert [10-12]. Als Ursache für diesen Zusammenhang gelten unter anderem Verhaltensweisen, die die Entwicklung von Adipositas bei Kindern begünstigen können und die besonders häufig bei Eltern mit geringer Gesundheitskompetenz zu beobachten sind. Hierzu gehören z. B. die Ernährung des Säuglings mit Muttermilchersatzprodukten, die unmittelbare Fütterung des Kindes, sobald es weint, sowie die Gewohnheit, das Kind häufig fernsehen zu lassen [10]. Neben der Gesundheitskompetenz wird aufgrund der Bedeutung für die Erklärung

gesundheitsbezogener Verhaltensweisen und dessen Bezug zur Gesundheitskompetenz [13] im Folgenden auch das Gesundheitsbewusstsein der Eltern beschrieben.

### Indikatoren und Datenquelle

Indikatoren sind der Anteil der Mütter und Väter von 0- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen, der eine niedrige oder eher niedrige allgemeine selbstberichtete Gesundheitskompetenz aufweist ([Indikator F.2.3](#)) und der Anteil der Mütter und Väter von 0- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen, der ein geringes Gesundheitsbewusstsein aufweist ([Indikator F.2.4](#)).

Datenquelle ist die Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) des Robert Koch-Instituts (RKI). Die GEDA-Studie liefert regelmäßig bevölkerungsweit aussagekräftige Daten zur gesundheitlichen Lage der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland [14]. Für die Daten zur Gesundheitskompetenz wurde die GEDA-Studie 2014/2015 verwendet, für das Gesundheitsbewusstsein lagen zusätzlich GEDA-Daten aus den Jahren 2009 und 2012 vor [15, 16]. Die berichteten Indikatoren basieren auf den Angaben von Eltern, die mit mindestens einem 0- bis 17-jährigen Kind gemeinsam im Haushalt leben.

Die Gesundheitskompetenz wurde in der GEDA-Studie (2014/2015) anhand des Instruments der europäischen Gesundheitskompetenz-Studie (Europäischen Health Literacy Survey, HLS-EU) ermittelt. Hierfür wurde die Kurzfassung mit 16 Einzelitems, der [HLS-EU-Q16](#), eingesetzt [4]. Für die Einschätzung der Gesundheitskompetenz wurde ein Gesamtwertindex gebildet, mit dem vier Gesundheitskompetenzlevel unterschied-

den werden können: „niedrige“, „eher niedrige“, „eher hohe“ und „hohe“ Gesundheitskompetenz [17]. Für den Indikator „niedrige oder eher niedrige Gesundheitskompetenz“ wurden die ersten beiden Kategorien zusammengefasst. Das Gesundheitsbewusstsein wurde mit der Frage „Wie stark achten Sie im Allgemeinen auf Ihre Gesundheit?“ erfasst. Als Antwortkategorien standen zur Verfügung: „gar nicht“, „weniger stark“, „mittelmäßig“, „stark“ und „sehr stark“. Für den Indikator „geringes Gesundheitsbewusstsein“ wurden die Kategorien „gar nicht“ und „weniger stark“ zusammengefasst.

**i** Der HLS-EU-Q16 umfasst 16 Fragen, die sich auf das Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden von Gesundheitsinformationen beziehen. Die Befragten geben dabei jeweils ihre subjektive Einschätzung an, wie einfach oder schwer ihnen bestimmte Tätigkeiten fallen (z. B. die Vertrauenswürdigkeit von Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien zu beurteilen). Als Antwortkategorien stehen zur Verfügung: „sehr einfach“, „ziemlich einfach“, „ziemlich schwierig“ und „sehr schwierig“.

## Ergebnisse

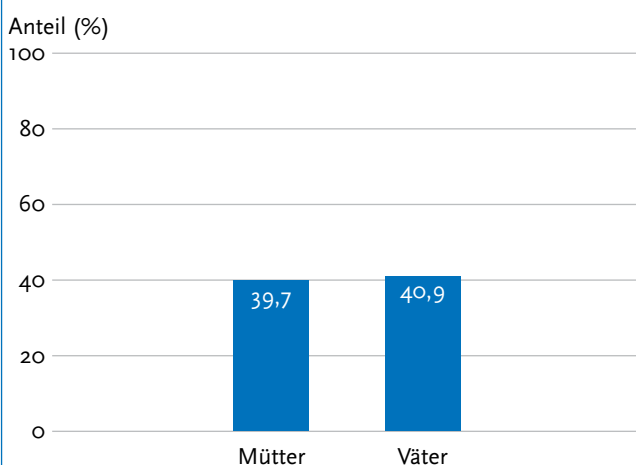
Laut den Ergebnissen der GEDA-Studie (2014/2015) findet sich für 40,3 % der Eltern von 0- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen eine niedrige bzw. eher niedrige allgemeine selbstberichtete Gesundheitskompetenz, das heißt sie berichten häufiger über Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen (Indikator F.2.3). Bei Müttern beträgt der Anteil 39,7 %, bei Vätern 40,9 %. Ein geringes Gesundheitsbewusstsein haben 8,2 % der Eltern (Indikator F.2.4), das heißt sie geben an, im Allgemeinen gar nicht oder weniger stark auf ihre Gesundheit zu achten. Bei Müttern ist der Anteil mit 6,8 % etwas niedriger als bei Vätern mit 9,9 %. Im Vergleich zu vorherigen Erhebungen der GEDA-Studie sind keine ausgeprägten Veränderungen des Anteils der Eltern zu beobachten, der ein geringes Gesundheitsbewusstsein hat. Für die Gesundheitskompetenz der Eltern können bisher keine zeitlichen Vergleiche berichtet werden.

## Einordnung der Ergebnisse

Bei etwa 40 % der Eltern von Kindern und Jugendlichen zeigen sich Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen, rund 8 % haben ein geringes Gesundheitsbewusstsein. Sie unterscheiden sich damit nur unwesentlich von der erwachsenen Gesamtbevölkerung (ohne Darstellung). Bei der Interpretation der Ergebnisse muss berücksichtigt werden, dass es sich um Selbstangaben handelt. Es kann also nicht ausgeschlossen werden, dass die Ergebnisse durch soziale Erwünschtheit (d. h. einem Antwortverhalten, bei dem die Befragten eher die Antwort geben, von der sie glauben, dass sie auf Zustimmung trifft [20]) verzerrt sind. Die mit dem HLS-EU-Q erhobene allgemeine Gesundheitskompetenz weist auf wahrgenommene Schwierigkeiten hin, liefert aber keine Information über die Ursachen der Schwierigkeiten der jeweils konkreten abgefragten Entscheidungssituation. Maßnahmen zur Steigerung der Gesundheitskompetenz und des Gesundheitsbewusstseins von Erwachsenen können einen wichtigen Beitrag für die Förderung der Gesundheit und die Prävention von Adipositas leisten. Diese Maßnahmen sollten, neben einer allgemeinen Förderung der Gesundheitskompetenz, die für die Entstehung von Adipositas besonders relevanten Gesundheitskompetenzen im Bereich Ernährung (Food Literacy) und Bewegung (Physical Literacy) adressieren, was beispielsweise im Bereich der Erwachsenenbildung geschehen kann [21]. Dabei sollte das Beratungsmaterial an den Lebenswelten der Adressatinnen und Adressaten ausgerichtet sein [22]. Neben edukativen Maßnahmen in der Erwachsenenbildung sollten die Lebenswelten und die Organisationen so gestaltet werden, dass sie Gesundheitskompetenz fördern. Dafür sollten Informationen und Dienstleistungen so entwickelt werden, dass sie besser zu finden, zu verstehen und zu nutzen sind, um gesundheitsbezogene Entscheidungen und Maßnahmen für sich selbst und andere zu treffen (organisationale Gesundheitskompetenz) [23]. In Bezug auf die Prävention von Adipositas kann dies z. B. durch eine vereinfachte Lebensmittelkennzeichnung ermöglicht werden (siehe Themenblatt: Policy-Maßnahmen).

### Indikator F.2.3: Gesundheitskompetenz von Eltern

Anteil der Mütter und Väter von 0- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen, der eine niedrige oder eher niedrige Gesundheitskompetenz aufweist (in Prozent).



Datenquelle GEDA 2014/2015

Datenhalter Robert Koch-Institut

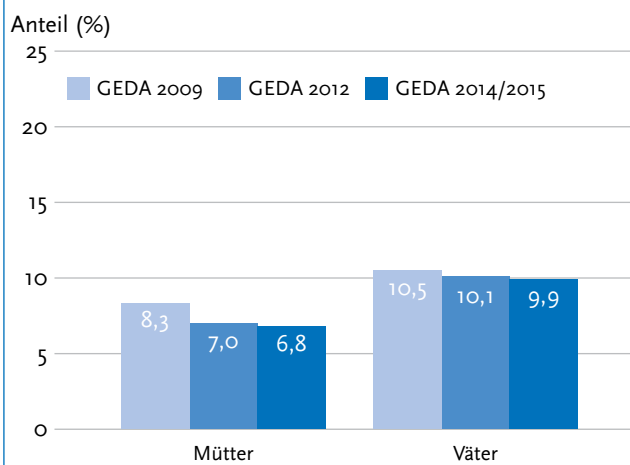
Aktualität 2014/2015

Periodizität Mehrjährig

Regionalität Deutschland

### Indikator F.2.4: Gesundheitsbewusstsein von Eltern

Anteil der Mütter und Väter von 0- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen, der ein geringes Gesundheitsbewusstsein aufweist (in Prozent).



Datenquelle GEDA 2014/2015

Datenhalter Robert Koch-Institut

Aktualität 2014/2015

Periodizität Mehrjährig

Regionalität Deutschland

## Literatur

1. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J et al. (2012) Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 12(1):80
2. Parker R, Ratzan SC (2010) Health literacy: a second decade of distinction for Americans. *Journal of Health Communication* 15(S2):20-33
3. Kickbusch I, Pelikan J, Haslbeck J et al. (Hrsg.) (2016) Gesundheitskompetenz. Die Fakten. Careum Stiftung, Zürich
4. HLS-EU Consortium (2012) Comparative report of health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Survey HLS-EU. HLS-EU Consortium, Maastricht
5. Schaeffer D, Vogt D, Berens E-M et al. (2017) Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland: Ergebnisbericht. Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Bielefeld
6. Jordan S, Hoebel J (2015) Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 58(9):942-950
7. DeWalt DA, Hink A (2009) Health literacy and child health outcomes: a systematic review of the literature. *Pediatrics* 124(SUPPL. 3):S265-S274
8. Bröder J, Okan O, Bauer U et al. (2017) Health literacy in childhood and youth: a systematic review of definitions and models. *BMC Public Health* 17(1):361
9. Fleary SA, Joseph P, Pappagianopoulos JE (2018) Adolescent health literacy and health behaviors: a systematic review. *Journal of Adolescence* 62:116-127
10. Yin HS, Sanders LM, Rothman RL et al. (2014) Parent health literacy and „obesogenic“ feeding and physical activity-related infant care behaviors. *Journal of Pediatrics* 164(3):577-583
11. Cha E, Besse JL (2015) Low parent health literacy is associated with ‚obesogenic‘ infant care behaviours. *Evidence-Based Nursing* 18(2):46
12. Chari R, Warsh J, Ketterer T et al. (2014) Association between health literacy and child and adolescent obesity. *Patient Education and Counseling* 94(1):61-66
13. Jordan S, Domanska O, Firnges C (2017) Gesundheitskompetenz und Gesundheitsbewusstsein: Überlegungen zur Konzeption von Gesundheitskompetenz unter Einbezug empirischer Daten aus der GEDA-Studie. In: Schaeffer D, Pelikan JM (Hrsg.) *Health Literacy – Forschungsstand und Perspektiven*. Hogrefe Verlag, Bern, S. 221-233
14. Lange C, Jentsch F, Allen J et al. (2015) Data Resource Profile: German Health Update (GEDA) – the health interview survey for adults in Germany. *International Journal of Epidemiology* 44(2):442-450
15. Saß A-C, Lange C, Finger JD et al. (2017) German Health Update: New data for Germany and Europe. The background to and methodology applied in GEDA 2014/2015-EHIS. *Journal of Health Monitoring* 2(1):75-82
16. Lange C, Finger JD, Allen J et al. (2017) Implementation of the European Health Interview Survey (EHIS) into the German health update (GEDA). *Archives of Public Health* 75:40
17. Robert Koch-Institut (RKI) (2020) Gesundheitskompetenz. In: RKI (Hrsg.) *Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis*. RKI, Berlin, S. 120-124
18. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F et al. (2015) Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health* 25(6):1053-1058
19. Tiller D, Herzog B, Kluttig A et al. (2015) Health literacy in an urban elderly East-German population – results from the population-based CARLA study. *BMC Public Health* 15(1):883
20. Diekmann A (2009) *Empirische Sozialforschung: Grundlagen, Methoden, Anwendungen*. Rowohlt Verlag, Hamburg
21. Johannsen U, Schlapkohl N, Kaiser B (2019) Food & Move Literacy in der Erwachsenenbildung – Kompetenzanforderungen im Bereich der Alphabetisierung und Grundbildung. *Zeitschrift für Weiterbildungsforschung* 42(2):265-287
22. Brauchmann J, Hruschka L, Baer N-R et al. (2019) Gesundheitsförderung und Übergewichtsprävention – systematische Bewertung verfügbarer Informationsmaterialien mit Fokus auf Risikogruppen. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 62(12):1522-1530
23. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2020) What is Health Literacy? [www.cdc.gov/healthliteracy/learn/index.html](http://www.cdc.gov/healthliteracy/learn/index.html) (Stand: 30.11.2020)



Bevölkerungswieites Monitoring  
adipositasrelevanter Einflussfaktoren  
im Kindes- und Jugendalter

Robert Koch-Institut · Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring  
Fachgebiet Gesundheitsverhalten · General-Pape-Straße 62-66 · 12101 Berlin



Dieses Werk ist lizenziert unter einer [Creative Commons Namensnennung 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

#### **Zitierweise**

Robert Koch-Institut (RKI) (2022) AdiMon-Themenblatt: Gesundheitskompetenz von Eltern (Stand: 28. Juni 2022).  
[www.rki.de/adimon](http://www.rki.de/adimon)

#### **Förderungshinweis**

Diese Arbeit wurde unterstützt durch Förderungen des Bundesministeriums für Gesundheit  
(Förderkennzeichen ZMV11-2518KIG700).

---