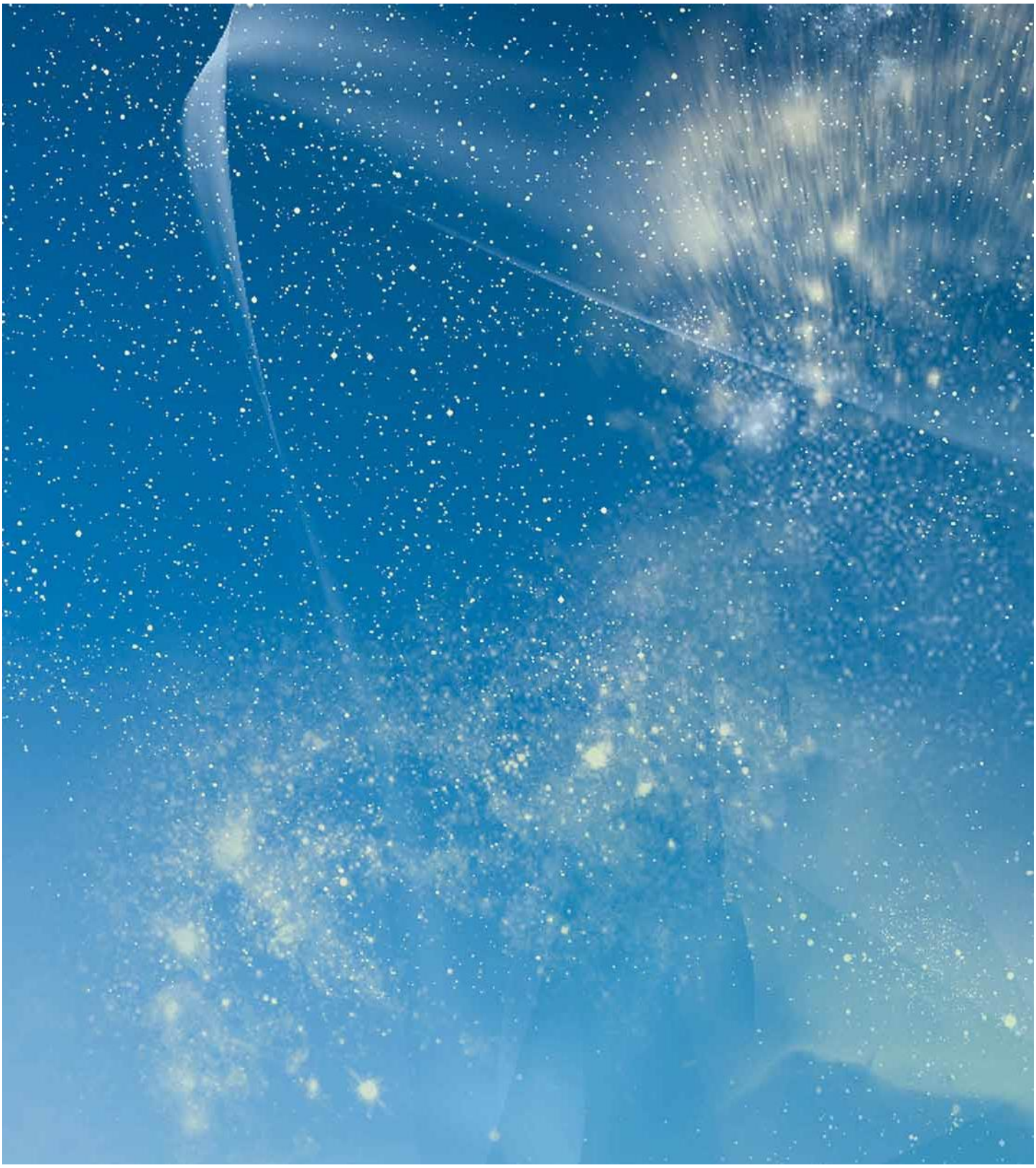
Professur für Health Literacy
TUM School of Medicine and Health
Technische Universität München

WHO Collaborating Centre for Health Literacy

IDG Institut für Digitale Gesundheit

Psychische Gesundheitskompetenz in Deutschland



Professur für Health Literacy
TUM School of Medicine and Health
Technische Universität München

WHO Collaborating Centre for Health Literacy

IDG Institut für Digitale Gesundheit

Psychische Gesundheitskompetenz in Deutschland

Ergebnisbericht

Empfohlene Zitation
Kolpatzik, K., Fretian, A. Bollweg, T., Okan, O. (2024). Psychische Gesundheitskompetenz in Deutschland. Ergebnisbericht. Technische Universität München. School of Medicine and Health. Department of Health and Sport Sciences. WHO Collaborating Center for Health Literacy. München. DOI: 10.14459/2024mp1764423.

Forschungsteam TU München

Prof. Dr. Orkan Okan
orkan.okan@tum.de

Dr.in Alexandra Frețian
Dr. Torsten Bollweg

Technische Universität München
TUM School of Medicine and Health
Department of Health and Sport Sciences
Professur Health Literacy Unit
WHO Collaborating Centre for Health Literacy

Georg-Brauchle-Ring 60/62
80992 München

Forschungsteam IDG

Prof. Dr. med. Kai Kolpatzik
kai.kolpatzik@digitalegesundheit.de

Institut für Digitale Gesundheit (IDG) gGmbH
c/o SRH University of
Applied Sciences Heidelberg
Campus Berlin

Sonnenallee 221 A-F
12059 Berlin

Die Untersuchung zur „Psychischen Gesundheitskompetenz in Deutschland“
wurde im Rahmen einer Forschungsförderung des Wort & Bild Verlags durchgeführt.

Zusammenfassung

Die vorliegende Studie „Psychische Gesundheitskompetenz in Deutschland“ liefert erstmals eine umfassende Datenbasis zur psychischen Gesundheitskompetenz von Menschen in Deutschland. Konzeptionell wurde die psychische Gesundheitskompetenz in dieser Erhebung nach dem ganzheitlichen HLS-EU Rahmenmodell der Gesundheitskompetenz mit dem Fokus auf den Umgang mit Information zur psychischen Gesundheit modelliert. Mit dem eigens für diese Studien entwickeltem Fragebogen (MHLS-GER-Q24) werden den Teilnehmenden somit analog zum HLS-EU-Q Fragebogen Fragen zum Finden, Verstehen, Bewerten und Anwenden von Informationen gestellt.

In der Allgemeinbevölkerung weisen fast 9 von 10 Menschen (86,1%) eine geringe psychische Gesundheitskompetenz auf. Bei den Auszubildenden sind es annähernd 8 von 10 Personen (79,6%). Besonders schwer fällt es der Allgemeinbevölkerung, verborgene kommerzielle Interessen zu entdecken sowie die Glaubwürdigkeit von Informationen über die psychische Gesundheit in den Medien zu beurteilen. Gleichzeitig wird es als schwierig eingeschätzt, zu beurteilen, wann eine professionelle Einschätzung für Anzeichen von psychischen Erkrankungen oder eine professionelle Unterstützung für die Bewältigung eines psychischen Problems nötig wäre. Die Auszubildenden berichten ebenfalls von der besonderen Schwierigkeit, kommerzielle Interessen hinter Informationen über die psychische Gesundheit zu erkennen, sowie auch den Wahrheitsgehalt solcher Informationen einzuschätzen. Am schwierigsten fällt es ihnen, darauf zu achten, dass die psychischen Belastungen und der Stress in ihrem Alltag nicht überhandnehmen, womit ihnen das Anwenden von Information am schwierigsten fällt.

Sowohl in der Allgemeinbevölkerung als auch bei Auszubildenden ist eine höhere psychische Gesundheitskompetenz mit besseren Werten in den Bereichen Wissen, Einstellungen und Haltungen zur psychischen Gesundheit einher sowie mit einer geringen Neigung zu stigmatisierenden Einstellungen gegenüber psychisch erkrankten Menschen verknüpft. Gleichzeitig weisen Menschen mit höherer psychischer Gesundheitskompetenz ein besseres Wohlbefinden auf und sind auch eher bereit, im Falle eines eigenen psychischen Gesundheitsproblems professionelle Hilfe aufzusuchen. Darüber hinaus hängt bei den Auszubildenden aber eine höhere Zufriedenheit sowie eine stärkere Neigung zu resilientem Verhalten am Arbeitsplatz mit einer höheren psychischen Gesundheitskompetenz zusammen. Gruppen in der Allgemeinbevölkerung, die eher Gefahr laufen, eine geringe psychische Gesundheitskompetenz zu haben, sind Menschen mit nied-

rigerer Bildung, Menschen mit Migrationshintergrund, sowie Befragte in den „alten“ Bundesländern. Bei der besonderen Gruppe der Auszubildenden zeichnet sich ein anderes Bild, denn hier zeigt sich eine höhere psychische Gesundheitskompetenz insbesondere bei männlichen Auszubildenden sowie Auszubildenden mit niedrigerem Haushaltseinkommen.

Mit Blick auf Wissen, Einstellungen und Haltungen zur psychischen Gesundheit lassen sich tendenziell positive Ergebnisse beschreiben, gleichzeitig sind die Allgemeinbevölkerung wie auch die Auszubildenden aber deutlich davon entfernt, die Maximalwerte in den Bereichen „Wissen über psychische Erkrankungen“, „Stigmatisierung und Stereotype“, „Hilfesuche und Erste-Hilfe-Fähigkeiten“ sowie „Selbsthilfestrategien“ zu erreichen. Insgesamt schneiden Frauen besser ab als Männer. Des Weiteren erzielen in der Allgemeinbevölkerung Menschen mit höherer Bildung und Migrationshintergrund bessere Werte, was auch für Menschen zutrifft, die berichten, jemanden zu kennen, die oder der von einer psychischen Erkrankung betroffen ist oder war. Bei den Auszubildenden erzielen Befragte mit höherem Einkommen sowie höherer Bildung bessere Werte. Sowohl in der Allgemeinbevölkerung (79,4% bis 81%) als auch unter den Auszubildenden (70,6% bis 76,4%) wird eine hohe Bereitschaft berichtet, bei einem eigenen psychischen Gesundheitsproblem professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. In der Allgemeinbevölkerung äußern Frauen sowie Ältere (Altersgruppe „60+“) eine größere Bereitschaft, im Ernstfall professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, was auch für Menschen mit chronischer Erkrankung oder mit betroffen Personen im sozialen Umfeld. Mit Ausnahme des Einkommens (geringeres Einkommen, höhere Bereitschaft) lassen sich bei Auszubildenden kaum Unterschiede nach soziodemographischen Merkmalen feststellen.

Die Befunde dieser Studie unterstreichen verschiedene Ansatzpunkte für Interventionen:

- Steigerung der psychischen Gesundheitskompetenz der Bevölkerung, bspw. durch Maßnahmen schulischer Gesundheitskompetenz, die Verbesserung der Informationslandschaft zur Thematik „psychischer Gesundheit“ – insbesondere mit Blick auf Transparenz und Verlässlichkeit der Informationen.
- Vermittlung von Wissen über Krankheiten, das Hilfesystem, Anlaufstellen für Hilfe.
- Abbau von stigmatisierenden Einstellungen in der Bevölkerung – gegenüber entsprechenden Krankheitsbildern, betroffenen Personen und der Hilfesuche.
- Abbau von Unterschieden in der Ausprägung der psychischen Gesundheitskompetenz zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen.

Detailliert Handlungsempfehlungen sind im Abschnitt 5 dieses Berichtes abgebildet.

Zusammenfassung ..... **I**
1 Hintergrund **1**
1.1 Studiendesign 3
1.2 Erhebungsinstrumente 4
2 Psychische Gesundheitskompetenz von Menschen in Deutschland **6**
2.1 Stichprobe 6
2.2 Psychische Gesundheitskompetenz (MHLS-GER-Q24) 7
2.3 Bekanntschaft mit Betroffener oder Betroffenem 12
2.4 Wissen, Einstellungen und Haltungen zu psychischer Gesundheit (MHLq) 13
2.5 Inanspruchnahme von Hilfe 15
2.6 Wohlbefinden 17
2.7 Gesundheitsindikatoren 19
2.8 Chronische Erkrankung 21
3 Psychische Gesundheitskompetenz von Auszubildenden in Deutschland **22**
3.1 Stichprobe 22
3.2 Psychische Gesundheitskompetenz (MHLS-GER-Q24) 23
3.3 Bekanntschaft mit Betroffener oder Betroffenem 27
3.4 Wissen, Einstellungen und Haltungen zu psychischer Gesundheit (MHLq) 28
3.5 Inanspruchnahme von Hilfe 30
3.6 Wohlbefinden 31
3.7 Gesundheitsindikatoren 32
3.8 Chronische Erkrankung 32
3.9 Ausbildungszufriedenheit 33
3.10 Resilientes Verhalten am Ausbildungsplatz 34
4 Zusammenfassung der zentralen Befunde **35**
4.1 Psychische Gesundheitskompetenz 35
4.2 Wissen, Einstellungen und Haltungen 36
4.3 Inanspruchnahme von Hilfe 37
4.4 Bedarfe und Ausblick 37
5 Handlungsempfehlungen **38**
5.1 Handlungsempfehlungen Wissenschaft 38
5.2 Handlungsempfehlungen Politik 38
5.3 Handlungsempfehlungen Praxis 39
5.4 Handlungsempfehlungen Gesellschaft 39
5.5 Handlungsempfehlungen Medien 40
6 Literaturverzeichnis **41**
7 Anhang **44**
7.1 Psychische Gesundheitskompetenz von Menschen in Deutschland 44
7.2 Psychische Gesundheitskompetenz von Auszubildenden in Deutschland 55

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Erhebungsinstrumente 4
Tabelle 2: Stichprobenmerkmale 6
Tabelle 3: Wissen, Einstellungen und Haltungen zu psychischer Gesundheit - Subskalen 13
Tabelle 4: Bereitschaft zur Inanspruchnahme professioneller Hilfe 15
Tabelle 5: WHO-5 Werte nach Geschlecht und Alter 17
Tabelle 6: Auszubildende - Stichprobe 22
Tabelle 7: Auszubildende - Wissen, Einstellungen, Haltungen zu psych. Ges. – Subskalen 28
Tabelle 8: Auszubildende - Bereitschaft zur Inanspruchnahme professioneller Hilfe 30
Tabelle 9: Auszubildende - Zufriedenheit 33
Tabelle 10: Auszubildende - Resilientes Verhalten am Ausbildungsplatz 34
Tabelle 11: MHLS-GER-Q24 - Interne Konsistenz 44
Tabelle 12: MHLS-GER-Q24 - Mittelwerte, p-Werte, d-Werte 44
Tabelle 13: MHLS-GER-Q24 - Unterschiede nach soziodemographischen Merkmalen 45
Tabelle 14: MHLS-GER-Q24 - Die einzelnen Items im Überblick 47
Tabelle 15: Wissen, Einstellungen und Haltungen zu psychischer Gesundheit - Einzelne Items 48
Tabelle 16: MHLq - Unterschiede nach soziodemographischen Merkmalen 49
Tabelle 17: Inanspruchnahme nach soziodemographischen Merkmalen 50
Tabelle 18: Inanspruchnahme, psychische Gesundheitskompetenz und MHLq 51
Tabelle 19: Wohlbefinden nach soziodemographischen Merkmalen 52
Tabelle 20: Gesundheitsstatus nach soziodemographischen und weiteren Merkmalen 53
Tabelle 21: Psychische Gesundheitskompetenz nach chronischer Erkrankung 54
Tabelle 22: Auszubildende - MHLS-GER-Q24 - Interne Konsistenz 55
Tabelle 23: Auszubildende - MHLS-GER-Q24 - Mittelwerte, p-Werte, d-Werte 55
Tabelle 24: Auszubildende - MHLS-GER-Q24 - Unterschiede nach soz.-dem. Merkmalen 56
Tabelle 25: Auszubildende - MHLS-GER-Q24 - Die einzelnen Items im Überblick 58
Tabelle 26: Auszubildende - MHLq nach soziodemographischen Merkmalen 59
Tabelle 27: Auszubildende - Inanspruchnahme-Bereitschaft nach soz.-dem.Merkmalen 60
Tabelle 28: Auszubildende - Inanspruchnahme, psychische Gesundheitskomp. und MHLq 61
Tabelle 29: Auszubildende - Wohlbefinden nach soziodemographischen Merkmalen 62
Tabelle 30: Auszubildende - Ausbildungszufriedenheit nach soziodemografischen Merkmalen 63
Tabelle 31: Auszubildende - Resilientes Verhalten nach soziodemographischen Merkmalen ... 64

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Niveaus der psychischen Gesundheitskompetenz 7
Abbildung 2: psyGK - Finden von Informationen 9
Abbildung 3: psyGK - Verstehen von Informationen 9
Abbildung 4: psyGK - Bewerten von Informationen 10
Abbildung 5: psyGK - Anwenden von Informationen 10
Abbildung 6: MHLS-GER-Q24 – Gesamtwert und Subskalen 11
Abbildung 7: MHLq - Gesamtwert und Subskalen 13
Abbildung 8: WHO-5 - Einzelne Items 17
Abbildung 9: Selbstberichteter Gesundheitsstatus 19
Abbildung 10: psyGK-Niveaus nach chronischer Erkrankung 21
Abbildung 11: Auszubildende - Niveaus der psychischen Gesundheitskompetenz 23
Abbildung 12: Auszubildende - psyGK - Finden von Informationen 25
Abbildung 13: Auszubildende - psyGK - Verstehen von Informationen 25
Abbildung 14: Auszubildende - psyGK - Bewerten von Informationen 26
Abbildung 15: Auszubildende - psyGK - Anwenden von Informationen 26
Abbildung 16: Auszubildende - MHLS-GER-Q24 p-Werte - Gesamtwert und Subskalen 27
Abbildung 17: Auszubildende - MHLq Gesamtwert und Subskalen 29
Abbildung 18: Auszubildende - WHO-5 - Einzelne Items 31
Abbildung 19: Auszubildende - Selbstberichteter Gesundheitsstatus 32

1 Hintergrund

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit und des psychosozialen Wohlergehens sind mit gesundheitlichen Einschränkungen in unterschiedlichen Lebensbereichen sowie mit dem Gesundheitszustand verknüpft (Mauz et al. 2021). Daher ist es zum einen wichtig, psychische Beeinträchtigungen und Erkrankungen frühzeitig und effektiv zu adressieren, strukturelle Hindernisse abzubauen und den Zugang zu Hilfeangeboten zu erleichtern (Klasen et al. 2017; Thompson 2009), zum anderen müssen Ressourcen in der Bevölkerung aufgebaut werden, um im Lebensalltag in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung die psychische Gesundheit zu stärken (Jorm 2019).

Mit der Gesundheitskompetenz liegt ein Konzept vor, das in den vergangenen Jahren in den Bereichen Public Health und Medizin immer häufiger herangezogen wird, wenn Informationen und Angebote zur Gesundheit im Mittelpunkt stehen (Schaeffer et al. 2018). So wird beispielsweise im Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz Deutschland auch die Stärkung der psychischen Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung als wichtiges Ziel hervorgehoben. Allerdings fehlt es an Evidenz zum Stand der psychischen Gesundheitskompetenz, zu den Bedarfen der Bevölkerung und zu den Herausforderungen hinsichtlich des Zugangs zu Informationen und Angeboten, welche die psychische Gesundheit betreffen.

Während diese Daten für die allgemeine Gesundheitskompetenz schon länger vorliegen, scheint der Bereich der psychischen Gesundheitskompetenz – trotz hoher Prävalenz psychischer Erkrankungen in Deutschland (Mauz et al. 2021), deren Zunahme seit 2019 insbesondere bei jungen Erwachsenen (Robert Koch-Institut Dashboard 2024) sowie deren Verstärkung durch die Covid-19-Pandemie (Mauz et al. 2023) – bislang eher vernachlässigt zu werden. Beauftragt durch das Bundesministerium für Gesundheit wird am Robert Koch-Institut derzeit – dem Aufruf des *Mental Health Action Plan* der Weltgesundheitsorganisation folgend – ein Mental Health Surveillance für Deutschland aufgebaut (Thom et al. 2023). Hierfür werden Indikatoren für verschiedene Aspekte der psychischen Gesundheit identifiziert. Die *psychische Gesundheitskompetenz* stellt einen solchen Indikator dar, es ist aber nicht damit zu rechnen, dass dieser Indikator in das Surveillance aufgenommen wird. Umso wichtiger wird künftig ein eigenständiges Monitoring zur psychischen Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland.

Während Gesundheitskompetenz nach dem in Europa vorherrschenden Verständnis die Motivation, Kompetenzen und das Wissen für den Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen

und Angeboten umfasst (Sørensen et al. 2012), wurde das Konzept der psychischen Gesundheitskompetenz eher breiter aufgefasst und fokussierte das Wissen und die Einstellungen zur psychischen Gesundheit, das Hilfesuchverhalten sowie Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen und deren Behandlung (Kutcher et al. 2015; Jorm 2000). Eine auf diesem Verständnis basierende bevölkerungsbezogene Studie wurde im Jahr 2022 in Deutschland mit dem Fragebogen „Mental Health Literacy tool for the Workplace (MHL-W)“ durchgeführt (König et al. 2023). Dieser Fragebogen basiert auf Fallvignetten und wurde zuvor bereits ins Deutsche übersetzt, adaptiert und validiert (Wulf und Ruhle 2020). Die Ergebnisse dieser Studie zeigen eine höhere psychische Gesundheitskompetenz für Frauen, Personen mit hohem Sozialstatus, ältere Menschen (ab 65 Jahre und älter), für Menschen mit chronischen Erkrankungen, für Menschen, die schon einmal auf Grund einer psychischen Erkrankung in Behandlung waren und für solche, die ein von einer psychischen Erkrankung betroffenes Familienmitglied haben (König et al. 2023).

Der Umgang mit Informationen und Angeboten zur psychischen Gesundheit – also das Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden von gesundheitsrelevanten Informationen und Angeboten, wurde im Rahmen der oben erwähnten Studie allerdings nicht thematisiert. Auch in den internationalen Ansätzen zur psychischen Gesundheitskompetenz stellt der Umgang mit Informationen zur psychischen Gesundheit bislang noch keinen konzeptionellen Bestandteil der Modelle, Definitionen und daraus resultierender Messinstrumente dar. Daher fallen Vergleiche von Studienergebnissen zwischen allgemeiner Gesundheitskompetenz und psychischer Gesundheitskompetenz derzeit noch schwer bzw. sind kaum möglich. Hier setzt die vorliegende Studie an, in der erstmals eine Messung der Gesundheitskompetenz mit Blick auf die psychische Gesundheit der Bevölkerung erfolgt, welche an die vorherrschende Konzeption der Gesundheitskompetenz (Sørensen et al. 2012) anschlussfähig ist. Hierbei kommt folgende Definition zum Einsatz:

Die **psychische Gesundheitskompetenz** umfasst individuelle und soziale Kompetenzen und Ressourcen, die für das Suchen, Finden, Verstehen, Bewerten und Anwenden von Informationen

- in Bezug auf das psychische Wohlbefinden,
- den Umgang und die Bewältigung mit psychischen Erkrankungen sowie
- die Hilfesuche und Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten wichtig sind.

Grundsätzlich resultiert sie aus dem Zusammenspiel zwischen den eigenen Fähigkeiten und den strukturellen Rahmenbedingungen. Sie befähigt Menschen dazu, Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, durch die sie im Alltag ihre psychische Gesundheit, Selbstwirksamkeit und Lebensqualität fördern und schützen und erwirkt in der Gesellschaft eine erhöhte Achtsamkeit für und den Abbau von Stigma gegenüber psychischen Erkrankungen.

Ausgehend von dieser Definition und aufbauend auf dem Fragebogen der Europäischen Gesundheitskompetenz-Studie (HLS-EU-Q; Sørensen et al. 2013) wurde ein Fragebogen zur Erfassung der psychischen Gesundheitskompetenz entwickelt. Dieser Fragebogen, der MHLS-GER-Q24, bildet die Gesundheitskompetenz im Bereich der psychischen Gesundheit ab und erfasst, wie schwer oder einfach es Menschen in Deutschland fällt, Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, die für ihre psychische Gesundheit sowie für die gesundheits- und krankheitsbezogenen Entscheidungen von Bedeutung sind. Der MHLS-GER-Q24 wurde in dieser Studie um weitere Fragen zu relevanten Aspekten der (psychischen) Gesundheit ergänzt, um erstmalig eine bevölkerungsbezogene Erhebung der psychischen Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland nach dem erweiterten HLS-EU-Modell der Gesundheitskompetenz nach (Sørensen et al. 2012) durchzuführen. Hierbei erfolgt sowohl eine repräsentative Befragung der Allgemeinbevölkerung als auch eine zusätzliche Befragung, die speziell die Situation der Auszubildenden in Deutschland beschreibt.

1.1 Studiendesign

Die vorliegende Studie wurde zwischen dem 16. Juli und 22. August 2024 durchgeführt und umfasst 2.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmer in der Basisstudie sowie 500 Auszubildende in einer Zusatzbefragung. Verantwortlich für die Datenerhebung war das SKOPOS Institut für Markt- und Kommunikationsforschung GmbH & Co. KG. Die Befragten wurden aus dem Norstat-Panel rekrutiert, welches für Deutschland in etwa 100.000 aktive Teilnehmende umfasst. Bei den Befragten handelt es sich um eine repräsentative Stichprobe der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland für die Merkmale Alter, Geschlecht und Bildung. Da die Teilnahme am Smartphone, Tablet oder Computer erfolgte, ist die Stichprobe zudem in den genannten Merkmalen auch für die Internetnutzende Bevölkerung in Deutschland repräsentativ. Abweichungen wurden durch den Einsatz einer entsprechenden Gewichtungsvariable korrigiert. Die Entwicklung von Fragebögen sowie Informationsmaterialien erfolgte durch das Studienteam an der Technischen Universität München in Zusammenarbeit mit dem Institut für digitale Gesundheit (IDG) gGmbH. Die Studie wurde von der Ethikkommission der TUM geprüft und für unbedenklich befunden (2024-42-NM-BA).

1.2 Erhebungsinstrumente

Merkmalsbereiche	Anzahl Items
Soziodemografische Information	10
Fragebogen zur Psychischen Gesundheitskompetenz (MHLS-GER-Q24)	24
Allgemeine Gesundheitskompetenz	12
Wissen, Einstellungen und Haltungen zu psychischer Gesundheit (MHLq)	30
Inanspruchnahme von Hilfe	3
Wohlbefinden und Gesundheitsindikatoren	8
Basisfragebogen gesamt	**87**

Zusätzlich für Auszubildende	
Fragen zur Ausbildungsrichtung	2
Resilientes Verhalten am Ausbildungsplatz	8
Ausbildungszufriedenheit	7
Fragebogen Auszubildende gesamt	**104**

Tabelle 1: Erhebungsinstrumente

MHLS-GER-Q24: Fragebogen zur psychischen Gesundheitskompetenz (psyGK)

Der MHLS-GER-Q24 stellt eine Adaption des Fragebogens der Europäischen Gesundheitskompetenzstudie dar (HLS-EU-Q; Sørensen et al. 2013), welche speziell auf die Thematik der psychischen Gesundheit und Erkrankungen ausgerichtet ist und hierbei den Umgang mit Symptomen psychischer Erkrankungen, den Umgang mit Belastungsfaktoren und die Förderung der psychischen Gesundheit adressiert. Hierbei wird die empfundene Schwierigkeit oder Einfachheit des Findens, Verstehens, Bewertens und Anwendens von Informationen mit 24 Fragen in den Blick genommen, die mit der psychischen Gesundheit im Zusammenhang stehen können. Die Fragen des MHLS-GER-Q24 sind wie folgt formuliert: „Wie einfach oder schwierig ist es für Sie, …“, wobei jeweils konkrete Situationen und Szenarien im Umgang mit der psychischen Gesundheit folgen. Die Beantwortung erfolgt auf einer 4-stufigen Skala mit den Antwortoptionen „sehr schwierig“, „eher schwierig“, „eher einfach“ und „sehr einfach“. „Weiß nicht“ wurde als zusätzliche Antwortoption angeboten. Zur transparenten und anschlussfähigen Beschreibung der generierten Daten (vgl. Pelikan et al. 2022) werden Skalenmittelwerte, auf einen Wertebereich von 0-100 transformierte Mittelwerte („p-Werte“ oder „Typ P Werte“), der durchschnittliche Anteil der Antworten „eher einfach“ und „sehr einfach“ an allen gültigen Antworten („d-Werte“ oder „Typ D Werte“), sowie die auf den p-Werte aufbauenden Niveaus der Gesundheitskompetenz berichtet („inadäquat“, „problematisch“, „ausreichend“, „exzellent“).

MHLq: Fragebogen zu Wissen, Einstellungen und Haltungen zu psychischer Gesundheit

Entsprechend dem vormals gängigen Konzept der psychischen Gesundheitskompetenz (z.B. nach Jorm 2019; 2000; Kutcher et al. 2015) werden zusätzlich Wissen, stigmatisierende Einstellungen und Stereotype, Hilfesuche, Erste-Hilfe-Fähigkeiten sowie Selbsthilfestrategien mit Blick auf die psychische Gesundheit mit insgesamt 29 Fragen erfasst. Grundlage ist der „Mental Health Literacy Questionnaire“ (Dias et al. 2018; Campos et al. 2016), welcher zuvor ins Deutsche übersetzt wurde (Edelmann et al. 2023).

Inanspruchnahme von Hilfe (MHSIS)

Zur Ergründung der Bereitschaft der Bevölkerung, im Falle eines psychischen Gesundheitsproblems professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, erfolgt der Einsatz der Mental Help-Seeking Intention Scale (MHSIS; Hammer und Vogel 2013; Hess und Tracey 2013; Mo und Mak 2009). MHSIS erfragt in drei Items die Bereitschaft, sich im Ernstfall vorzunehmen, zu versuchen und auch zu planen, Hilfe zu erhalten.

Wohlbefinden und Gesundheitsindikatoren (WHO-5)

Zur Beschreibung des allgemeinen Wohlbefindens wird die WHO-5 Skala eingesetzt, welche mit 5 Fragen das Wohlbefinden in den letzten zwei Wochen erfragt und im internationalen Raum vielfach eingesetzt und erprobt wurde (Topp et al. 2015). Des Weiteren erfolgt die Abfrage des allgemeinen Gesundheitszustands mit einem Item. Das Vorhandensein einer chronischen Erkrankung und das Maß der Einschränkung durch diese werden ebenfalls erfasst und mit zwei Fragen erhoben.

Resilientes Verhalten am Arbeitsplatz & Ausbildungszufriedenheit (COPSOQ)

Mit Blick auf die psychische Gesundheit der Auszubildenden in Deutschland werden ferner die Tendenz zu resilientem Verhalten am Arbeits- bzw. Ausbildungsplatz mittels acht Fragen erhoben (Soucek et al. 2015). Die Perspektive der Auszubildenden wird zudem um die Variable Ausbildungszufriedenheit ergänzt, die mit einer sieben Fragen umfassenden Kurzskala abgefragt wird (COPSOQ Items B14:1-7; Nübling et al. 2005).

2 Psychische Gesundheitskompetenz von Menschen in Deutschland

2.1 Stichprobe

Mit n=2.000 Befragten kann eine umfassende Beschreibung der Situation in der deutschen Gesamtbevölkerung erfolgen und mit der Erweiterung um n=500 Auszubildende (Kapitel 3, S. 22) lassen sich entsprechend auch Aussagen zu dieser Zielgruppe treffen. Aufgrund der relativ großen Stichprobe sind auch für die verschiedenen Merkmalsausprägungen Gruppenvergleiche möglich, da diese jeweils in ausreichend großer Gruppengröße repräsentiert sind.

		Ungewichtet		Gewichtet	
Merkmal	**Ausprägung**	**%**	**n**	**%**	**n**
Geschlecht	Divers	0,3	6	0,2	4
	Weiblich	51,8	1039	51,7	1037
	Männlich	47,9	962	48,1	965
Alter	18-29 Jahre	19,8	398	18,1	363
	30-44 Jahre	30,4	610	24,4	490
	45-59 Jahre	33,1	665	25	502
	60+ Jahre	16,6	334	32,5	651
Bundesland	„Alte“ Bundesländer	80,1	1608	82,2	1650
	„Neue“ Bundesländer	15,8	318	13,7	276
	Berlin	4	81	4	81
Schul-bildung	Niedrige Bildung	34	664	35,3	686
	Mittlere Bildung	30,2	590	29,2	567
	Hohe Bildung	35,8	700	35,5	690
Haushalts-netto-einkommen	Bis 1499€	20,2	406	20,5	412
	1500€ – 2499€	22,8	458	25	501
	2500€ – 3999€	25,8	517	25,6	514
	4000€ +	31,2	626	28,9	580
Arbeits-verhältnis	Erwerbstätig	59,9	1180	51,3	1013
	Momentan arbeitslos	6,8	134	5,8	115
	Im Haushalt tätig	4	79	3,5	70
	Schule/Studium	7,4	145	6,9	135
	In Rente/Pension	20	394	30,8	609
	Elternzeit/Mutterschutz	1,9	38	1,7	33
Migrations-hintergrund	Nein	85,8	1692	76,3	1508
	Ja	14,2	279	23,7	468
Chronische Erkrankung	Nein	47,2	921	44,3	870
	Ja	52,8	1029	55,7	1092

Tabelle 2: Stichprobenmerkmale

2.2 Psychische Gesundheitskompetenz (MHLS-GER-Q24)

Der neu entwickelte Fragebogen zur Erfassung der empfundenen Schwierigkeit des Umgangs mit Informationen über psychische Erkrankungen weist eine hohe interne Konsistenz auf, d.h. die einzelnen Fragen werden übereinstimmend bzw. ähnlich interpretiert und beantwortet. Dies gilt für den Gesamtfragebogen sowie für alle seine Subskalen (s. Anhang: **Tabelle 11**).

Der von der Stichprobe erreichte Mittelwert im Bereich der psychischen Gesundheitskompetenz liegt bei 2,42, was auf dem Antwortspektrum (1 – „sehr schwierig“, 2 – „eher schwierig“, 3 „eher einfach“ und 4 „sehr einfach“) dem Bereich zwischen „eher schwierig“ und „eher einfach“ entspricht. Weniger als die Hälfte der Antworten auf die Fragen des MHLS-GER-Q24 entfallen auf die Antwortoptionen „eher einfach“ und „sehr einfach“. p-Werte sowie d-Werte entsprechend der Darstellungsweise nach HLS_{19} (Pelikan et al. 2022) können **Tabelle 12** (s. Anhang) entnommen werden.

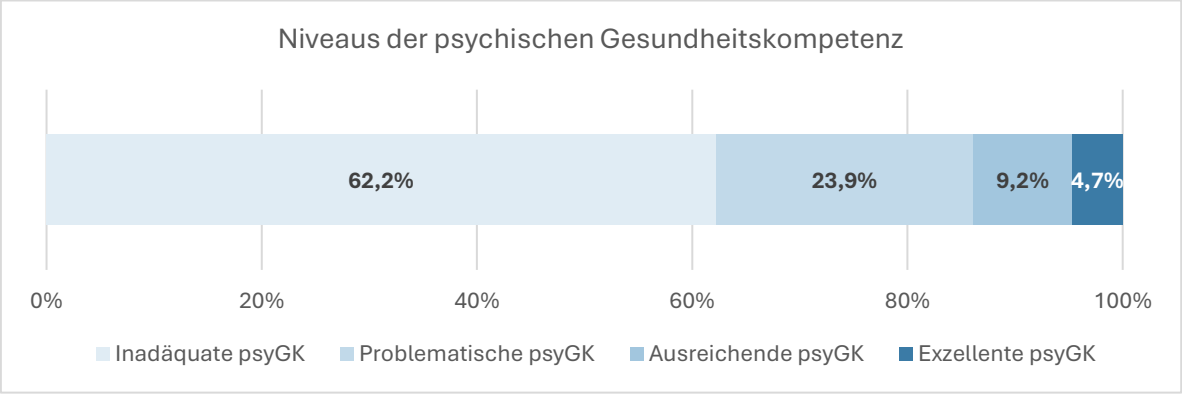


Abbildung 1: Niveaus der psychischen Gesundheitskompetenz

Übersetzt in die vier Niveaus der Gesundheitskompetenz erzielen lediglich 13,9% eine hohe psychische Gesundheitskompetenz (9,2% „ausreichende psyGK“ + 4,7% „exzellente psyGK“), während die verbleibenden 86,1% über eine geringe psyGK verfügen (62,2% „inadäquate psyGK“ + 23,9% „problematische psyGK“). Die Ergebnisse fallen deutlich negativer aus, als die Ergebnisse im Bereich der allgemeinen Gesundheitskompetenz die für Deutschland und Europa vorliegen (Hurrelmann et al. 2020a; Schaeffer et al. 2016a; The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL 2021a).

Es lassen sich keine signifikanten Unterschiede in der Ausprägung der psyGK für die Variablen Geschlecht, Alter, Einkommen und Erwerbsstatus beobachten (s. Anhang: **Tabelle 13**). Allerdings zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen Menschen mit niedriger und hoher Bildung:

Menschen mit einer hohen Bildung fällt der Umgang mit Informationen über das Thema „psychische Gesundheit“ signifikant leichter. Ferner weisen Menschen mit Migrationshintergrund eine schlechtere psyGk auf, sowie Menschen mit Wohnsitz in den „alten“ Bundesländern und Menschen mit einer chronischen Erkrankung.

Werden die einzelnen Items des MHLS-GER-Q24 in den Blick genommen, lassen sich Bereiche beim Umgang mit Informationen über die psychische Gesundheit identifizieren, die mit besonderen Anforderungen verbunden sind.

Am schwierigsten ist es für die Befragten, [1]

- zu beurteilen, ob Informationen zu Angeboten zur Bewältigung eines psychischen Problems frei von kommerziellem Interesse sind (von 69,1% als „eher schwierig“ oder „sehr schwierig“ eingestuft),
- zu beurteilen, wann eine professionelle Einschätzung für Anzeichen von psychischen Erkrankungen nötig wäre (68,3% „eher schwierig“ oder „sehr schwierig“), und
- zu beurteilen, ob Informationen über psychische Erkrankungen in den Medien vertrauenswürdig sind (68,3% „eher schwierig“ oder „sehr schwierig“).

Auffällig ist hierbei auch, dass die drei schwierigsten Aufgaben allesamt dem **Bereich des Beurteilens von Informationen** über das Thema „psychische Gesundheit“ entstammen. Dieser Befund deckt sich jedoch wiederum mit vorigen Studien, in denen ebenfalls das Beurteilen von gesundheitsrelevanten Informationen als derjenige Bereich identifiziert wurde, in dem die meisten Schwierigkeiten auftraten (Hurrelmann et al. 2020b; Schaeffer et al. 2016b; Okan et al. 2020; The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL 2021b).

Dahingegen fällt es den Befragten **am einfachsten**,

- zu beurteilen, wie sich Gewohnheiten und Einstellungen auf das Wohlbefinden auswirken (25,6% „eher schwierig“ oder „sehr schwierig“),
- herauszufinden, was Ihnen hilft, ausgeglichen und zufrieden zu sein (von „nur“ 37,1% als „eher schwierig“ oder „sehr schwierig“ bewertet),
- zu beurteilen, wie sich Ihre Gewohnheiten und Einstellungen auf Ihr Wohlbefinden auswirken? (37,2% „eher schwierig“ oder „sehr schwierig“).

[1] Für eine detaillierte Darstellung aller Items des MHLS-GER-Q24 s. Anhang: **Tabelle 14**

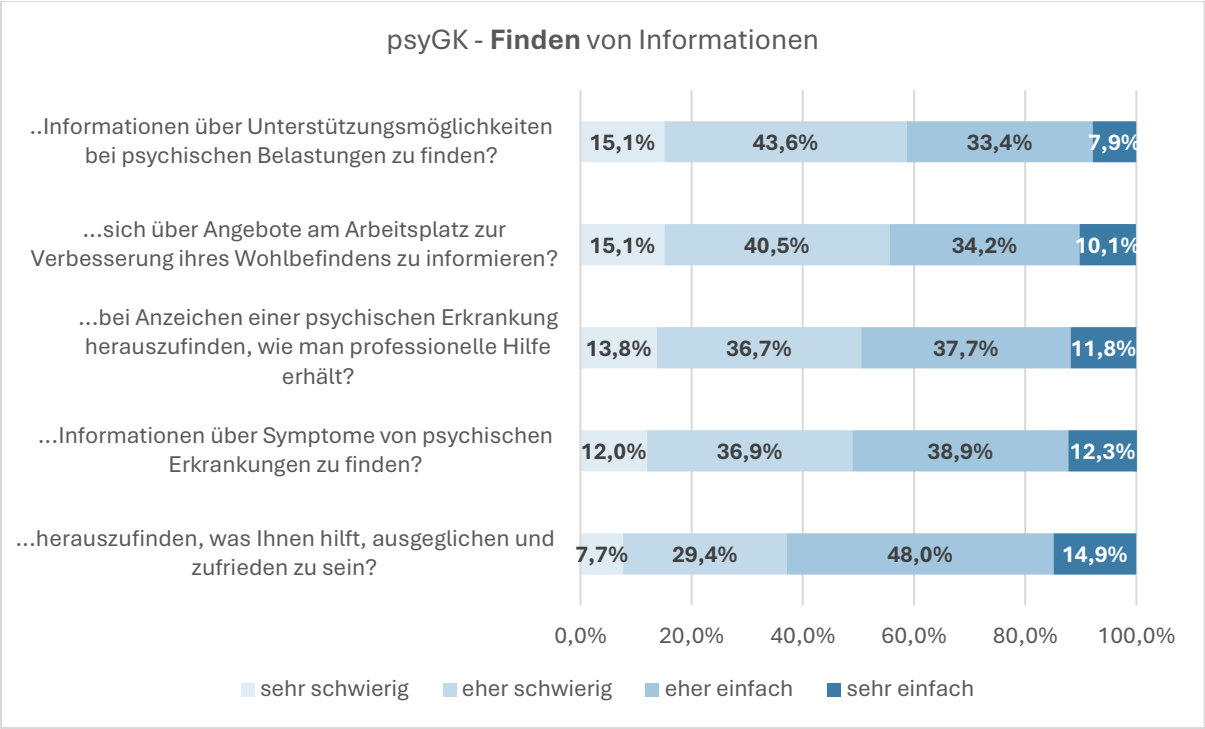


Abbildung 2: psyGK - Finden von Informationen

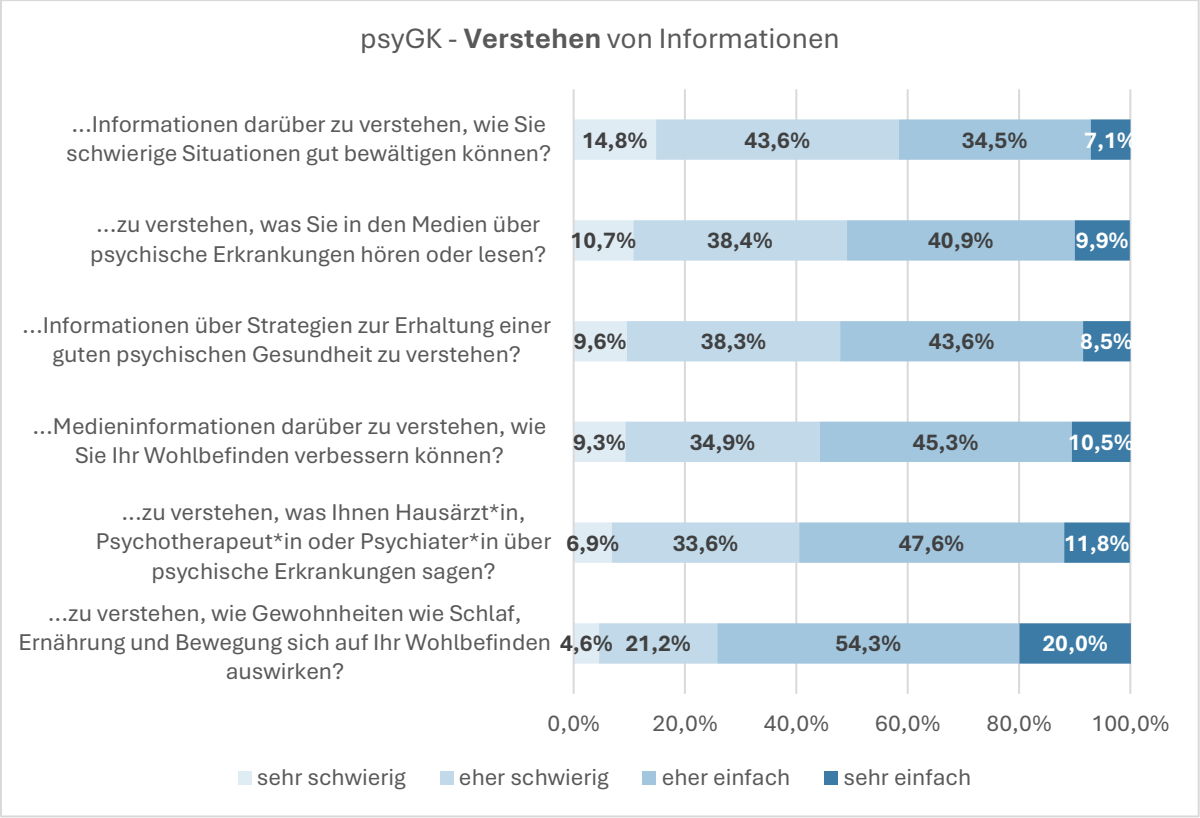


Abbildung 3: psyGK - Verstehen von Informationen

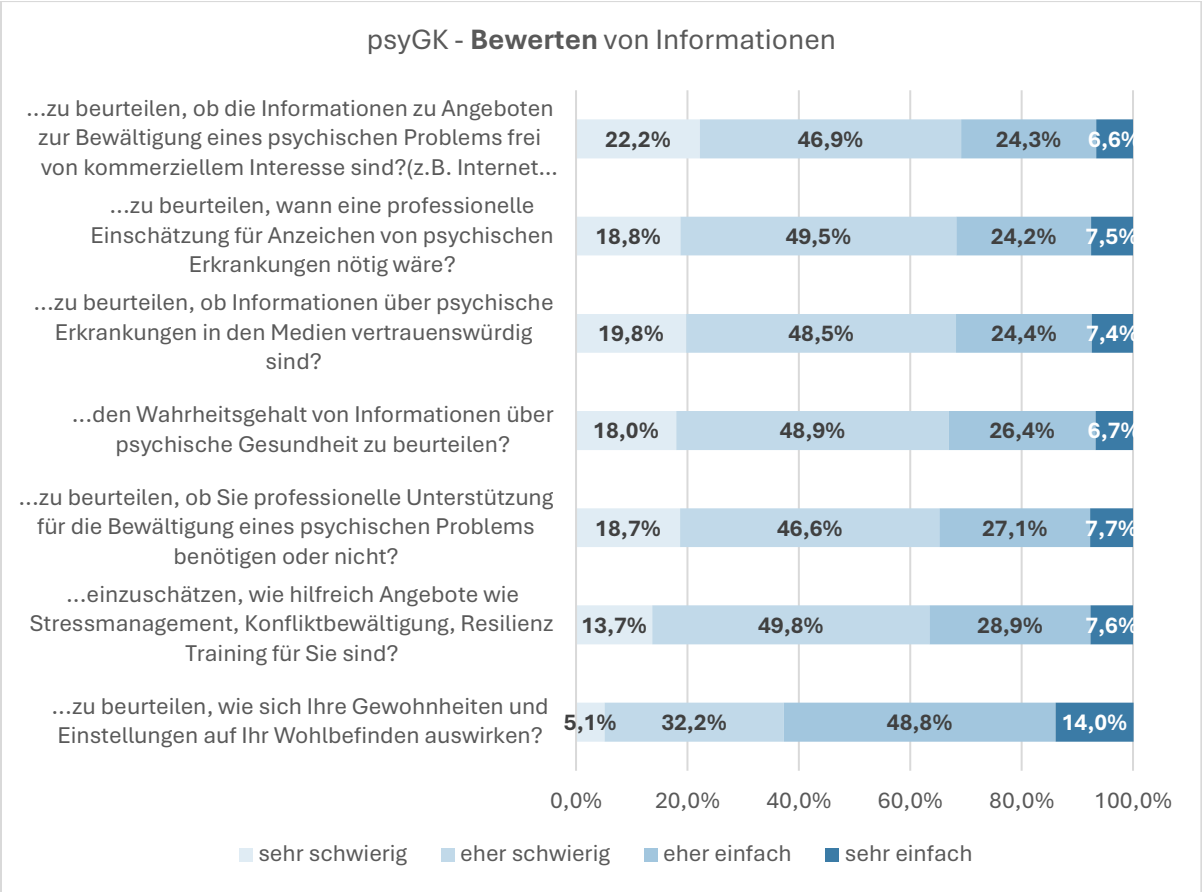


Abbildung 4: psyGK - Bewerten von Informationen

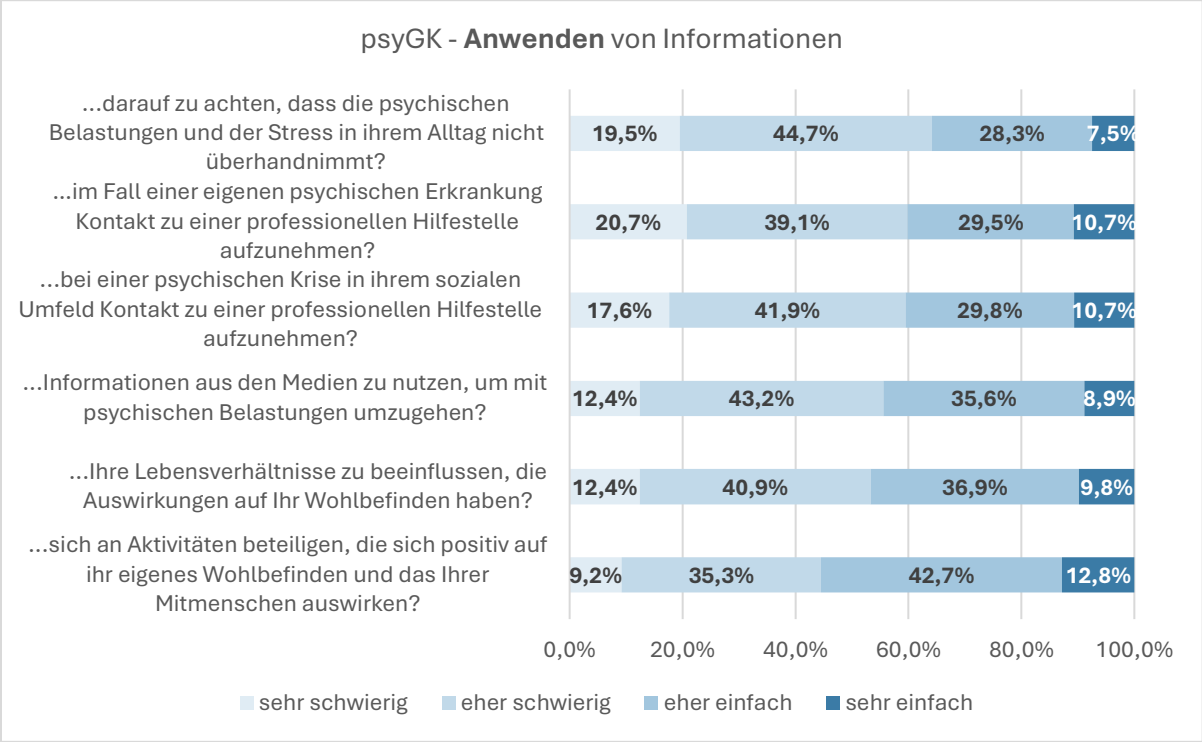


Abbildung 5: psyGK - Anwenden von Informationen

Der MHLS-GER-Q24 Fragebogen lässt sich sowohl nach der Logik der Gesundheitsbereiche (Krankheitsversorgung, Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung) sowie Kompetenzbereiche (Finden, Verstehen, Beurteilen, Anwenden von gesundheitsrelevanten Informationen) unterteilen. Für diese lassen sich je eigene p-Werte berechnen. Ein p-Wert von 0 kommt dann zustande, wenn eine befragte Person jedes der 24 Fragen mit „sehr schwierig“ beantwortet; ein p-Wert von 100, wenn jede Frage mit „sehr einfach“ beantwortet wird.

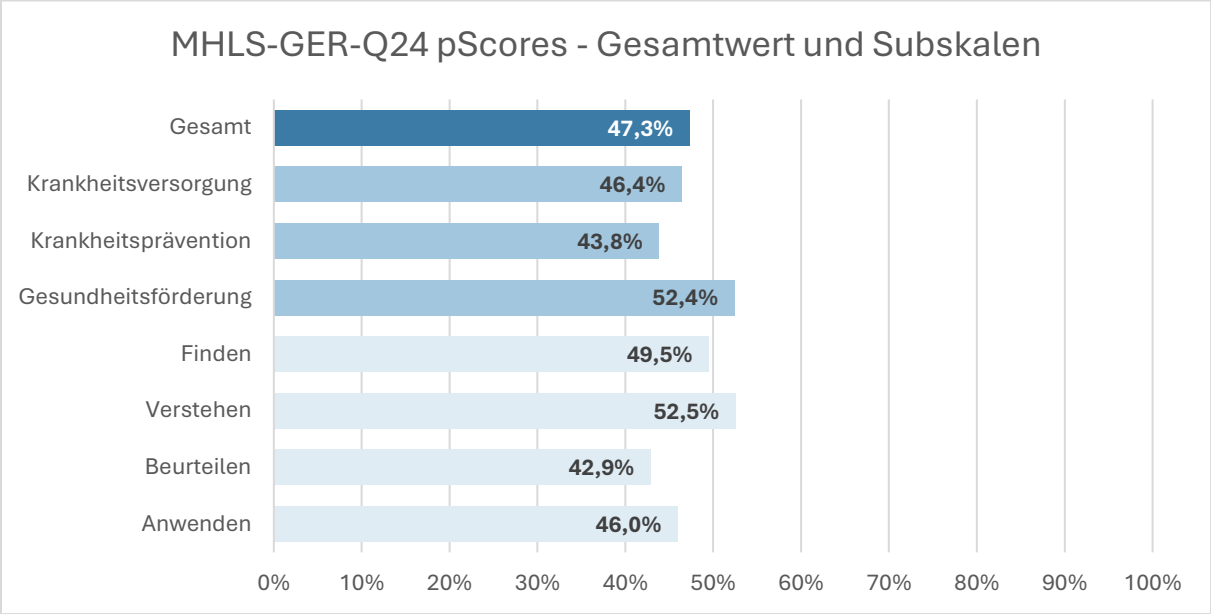


Abbildung 6: MHLS-GER-Q24 – Gesamtwert und Subskalen

Mit Blick auf die drei **Gesundheitsbereiche** (Krankheitsversorgung, Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung) zeigt sich, dass es den Befragten **am einfachsten** fällt, mit Informationen zur **Förderung der psychischen Gesundheit** umzugehen (p-Wert = 52,4). Im Bereich der Krankheitsprävention ist der Umgang mit Informationen am schwierigsten (p-Wert = 43,8). Der Bereich der Krankheitsversorgung reiht sich dazwischen ein (p-Wert = 46,4).

Werden die vier Kompetenzbereiche (Finden, Verstehen, Bewerten, Anwenden) in den Blick genommen, zeigt sich, dass das kritische **Beurteilen** von Informationen über das Thema „psychische Gesundheit den Befragten **am schwierigsten** fällt (p-Wert=42,9). Der Kompetenzbereich, der als **am einfachsten** empfunden wird, ist das **Verstehen** von Informationen über psychische Gesundheit (p-Wert = 52,5).

Im Rahmen dieser Studie wurde ferner untersucht, wie sich Unterschiede in der psychischen Gesundheitskompetenz zwischen verschiedenen Gruppen erklären lassen. Hierbei wurden folgende Variablen in die Analysen mit einbezogen:

- Geschlecht, Alter, Bildung
- Haushaltsnettoeinkommen
- Migrationshintergrund
- Vorhandensein von chronischer Erkrankung
- Subskalen des MHLq
- Subjektives Wohlbefinden (WHO-5)
- Bekanntschaft mit einer Person (einschließlich selbst), die psychische Erkrankung hat oder hatte

Insgesamt kann das Regressionsmodell 24,1% (korr. R^2) der Unterschiede der psyGK aufklären. Den größten Beitrag zur Erklärung der Unterschiede in der psyGK leisten die folgenden Variablen:

- das subjektive Wohlbefinden (ß=0,302; p<0,001)
- „Hilfesuche“ (ß=0,233; p<0,001)
- „Selbsthilfestrategien“ (ß=0,142; p<0,001)
- „Wissen“ (ß=0,118; p<0,01),
- „Stigma“ (ß=-0,106; p=0,001)
- das Haushaltsnettoeinkommen (ß=-0,085; p<0,001)
- Migrationshintergrund (ß=-0,053; p<0,05)

Alle vier Subskalen der MHLq-Skala haben einen eigenen Einfluss auf MHLS-GER-Q24-Gesamtwerte, auch wenn alle anderen Variablen konstant gehalten werden. Auffällig ist, dass ein höheres Haushaltsnettoeinkommen sowie höhere Werte in der MHLq Subskala „Stigma“ mit niedrigeren MHLS-GER-Q24 Werten im Zusammenhang stehen.

2.3 Bekanntschaft mit Betroffener oder Betroffenem

Mehr als zwei Drittel der Befragten (69,9%) geben an, jemanden zu kennen, die oder der eine psychische Erkrankung hat oder hatte – die eigene Person eingeschlossen. Psychische Erkrankungen sind daher kein randständiges Thema in der öffentlichen Wahrnehmung, sondern tauchen in der Lebenswelt der absoluten Mehrheit der Menschen in Deutschland früher oder später einmal auf.

2.4 Wissen, Einstellungen und Haltungen zu psychischer Gesundheit (MHLq)

	MW (SD)	Spann-weite	Cron-bachs α
MHLq – Gesamtwert (29 Items)	116,7 (13,0)	49-145	,889
Subskala **Wissen** über psychische Erkrankungen (11 Items)	45,1 (5,7)	11-55	,840
Subskala **Stigmatisierung/Stereotype** (8 Items)	33,0 (5,1)	15-40	,817
Subskala **Hilfesuche und Erste-Hilfe-Fähigkeiten** (6 Items)	22,5 (4,1)	6-30	,774
Subskala **Selbsthilfestrategien** (4 Items)	16,1(2,5)	4-20	,744

Tabelle 3: Wissen, Einstellungen und Haltungen zu psychischer Gesundheit - Subskalen

Insgesamt weisen die Teilnehmenden gute Werte im Hinblick auf ihr Wissen, auf Einstellungen sowie Haltungen zur psychischen Gesundheit auf. Die Werte sind vergleichbar mit der Validierungsstudie des Messinstruments MHLq. Die Items mit den höchsten Mittelwerten sind [2]:

- „Je eher psychische Störungen erkannt und behandelt werden, desto besser“
- „Nur Erwachsene haben psychische Störungen“ [3]
- „Eine Person mit einer Angststörung könnte in Situationen, die sie fürchtet, in Panik geraten.“

Die drei Items mit den niedrigsten Werten sind primär dem Bereich der Hilfesuche zuzuordnen:

- „Wenn ich eine psychische Störung hätte, würde ich bei Freunden Unterstützung suchen“
- „Wenn eine mir nahestehende Person eine psychische Störung hätte, könnte ich nichts tun, um ihr zu helfen“
- „Wenn ich eine psychische Störung hätte, würde ich bei meiner Verwandtschaft Unterstützung suchen.“

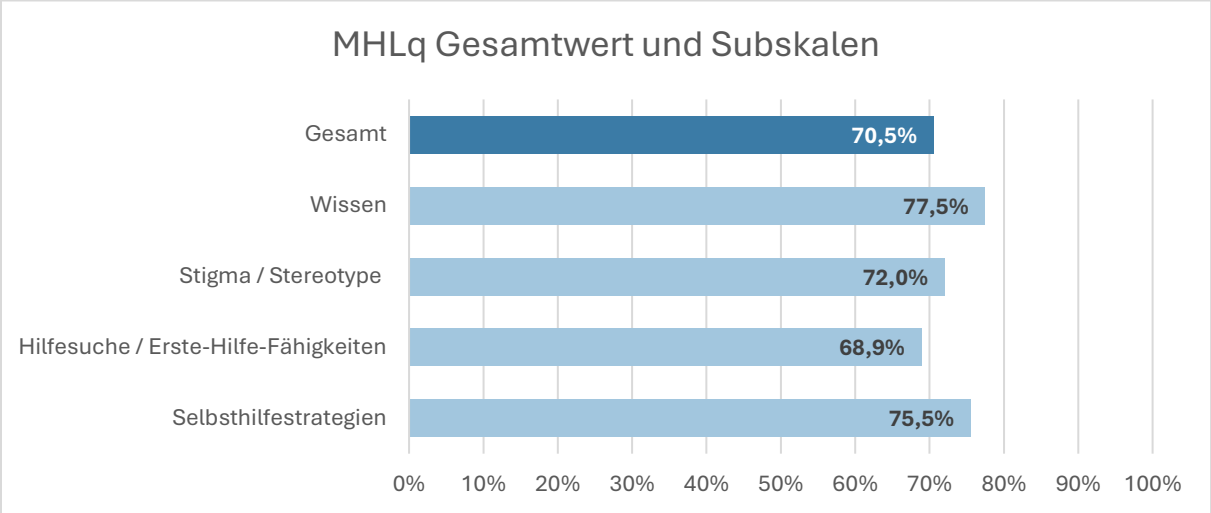


Abbildung 7: MHLq - Gesamtwert und Subskalen

[2] Eine Übersicht der Antworten auf alle Items des MHLq findet sich im Anhang
[3] Der hohe Mittelwert drückt aufgrund der Kodierung des Items hier eine ausgeprägte Ablehnung aus

Die höchsten Werte werden in den Subskalen „Wissen“ (im Durchschnitt 45,1 Punkte bei einem Wertebereich von 11-55 Punkten, entsprechend 77,5%) sowie „Selbsthilfestrategien“ erzielt (75,5%). Die niedrigsten Werte erreichen die Befragten in den Subskalen „Stereotype“ (72,0%) sowie „Hilfesuche / Erste-Hilfe-Fähigkeiten“ (69,0%).

Frauen erzielen im MHLq insgesamt höhere Werte, sowie auch in den Subskalen „Wissen“, „stigmatisierende Einstellungen“ sowie „Hilfesuche“. Mit Blick auf die Altersgruppen lassen sich generell keine Unterschiede der MHLq-Werte beobachten. Die einzige Ausnahme stellt die Skala „Stigmatisierende Einstellungen“ dar – die Altersgruppe „60+“ neigt signifikant mehr zu stigmatisierenden Einstellungen als die Altersgruppe „45-60“.

In Bezug auf Bildung ist zu beobachten, dass Personen mit höherer Bildung im Vergleich zu Personen mit niedriger Bildung einen signifikant höheren MHLq-Gesamtwert haben. Der Unterschied ist in den Skalen „stigmatisierende Einstellungen“ und „Selbsthilfestrategien“ signifikant. In der Skala „Selbsthilfestrategien“ unterscheiden sich zudem auch Menschen mit mittlerer und hoher Bildung. Bis auf den Bereich der Hilfesuche schneiden Personen mit Migrationshintergrund in den Subskalen des MHLq signifikant besser ab. Die Einkommensgruppen unterscheiden sich nicht signifikant in ihrem MHLq-Gesamtwert, es lassen sich jedoch in den Skalen „stigmatisierende Einstellungen“ und „Hilfesuche“ unterschiede zwischen den Gruppen „bis 1.499€“ und „4.000€ und mehr“ nachweisen. Die unterste Einkommensgruppe neigt eher als die obersten Gruppen zu stigmatisierenden Einstellungen und ist weniger gewillt, sich bei einer eigenen psychischen Störung oder einer psychischen Störung von Menschen im eigenen Umfeld Hilfe zu suchen.

Menschen mit Wohnort in den „alten“ und den „neuen“ Bundesländern unterscheiden sich generell nicht in ihren MHLq-Werten. Die einzige Ausnahme stellt die Skala „Selbsthilfestrategien“ dar“: hier stimmen Menschen aus den „neuen“ Bundesländern eher zu, dass lebensstil-bedingte Faktoren Einfluss auf die eigene Gesundheit haben. Mit Blick auf die Beschäftigungsgruppen zeigen sich Unterschiede in der MHLq-Subskala „stigmatisierende Einstellungen“: Menschen, die die Schule besuchen oder studieren, neigen im Vergleich mit Vollzeit-Arbeitenden und Menschen in Rente signifikant weniger zu stigmatisierenden Einstellungen.

Menschen mit chronischer Erkrankung haben insgesamt signifikant höhere MHLq-Werte. In den Subskalen „Wissen“, „stigmatisierende Einstellungen“ und „Hilfesuche“ erzielen sie höhere Werte als Menschen ohne chronische Erkrankung. Mit Blick auf die Skala „Selbsthilfestrategien“ schneiden Menschen mit chronischer Erkrankung jedoch signifikant schlechter ab. Menschen, die Erfahrung mit einer eigenen psychischen Erkrankung berichten oder jemanden kennen, der

eine psychische Erkrankung hat oder hatte, schneiden in allen Dimensionen des MHLq signifikant besser ab. Menschen, welche gemäß WHO-5 ein subjektives Wohlbefinden in der unteren Hälfte des möglichen Wertespektrums und damit ein Risiko auf eine Depression haben, erreichen signifikant höhere Werte in den MHLq-Subskalen „Wissen“ und „stigmatisierende Einstellungen“, jedoch niedrigere Werte in den Subskalen „Hilfesuche“ und „Selbsthilfestrategien“. Hierdurch ergibt sich mit Blick auf den MHLq-Gesamtwert kein signifikanter Unterschied. Mit höherer psychischer Gesundheitskompetenz gehen auch bessere Werte mit Blick auf Wissen, Einstellungen und Haltungen zur psychischen Gesundheit einher (s. Anhang: **Tabelle 18**).

2.5 Inanspruchnahme von Hilfe

Die Bereitschaft zur Inanspruchnahme professioneller Hilfe ist unter den Befragten sehr hoch. Jeweils mehr als 40% entfallen auf die maximale Zustimmung, und durchgängig äußern sich gut vier von fünf der Befragten (81,0%, 80,7% und 79,4%) zustimmend zu den drei Fragen (Antwortkategorien 5, 6 und 7). Weniger als jede zehnte befragte Person (7,8%, 7,5% und 7,5%) geben jedoch auch an, sich bei einem psychischen Gesundheitsproblem eher nicht vorzunehmen, Hilfe von einer Fachkraft zu suchen, dies zu planen oder tatsächlich auch zu versuchen.

Wenn ich ein psychisches Gesundheitsproblem hätte, würde ich...

	1 – stärkste Ablehnung	2	3	4	5	6	7 – stärkste Zustimmung
mir vornehmen, Hilfe von einer Fachkraft für psychische Gesundheit zu suchen	2,7%	1,5%	3,6%	11,3%	13,8%	22,4%	44,8%
versuchen, Hilfe... zu suchen	2,1%	1,7%	3,7%	11,9%	15,1%	23,0%	42,6%
planen, Hilfe... zu suchen	2,1%	1,7%	3,7%	13,1%	14,4%	23,1%	41,9%
Die Beschriftung der Antwortkategorien 1 und 7 variiert für jede der drei Fragen. „Vornehmen“: 1- „sehr unwahrscheinlich“, 7 – „sehr wahrscheinlich“; „versuchen“:1 – „auf jeden Fall falsch“, 7 – „auf jeden Fall wahr“; „planen“: 1 – „stimme voll und ganz dagegen“, 7 – „stimme voll und ganz zu“							

Tabelle 4: Bereitschaft zur Inanspruchnahme professioneller Hilfe

Weibliche Befragte weisen eine signifikant höhere Bereitschaft zur Inanspruchnahme von professionellen Hilfen auf (s. Anhang: **Tabelle 17**). Auch Befragte, die der Altersgruppe 60+ angehören, haben eine signifikant höhere Bereitschaft zur Inanspruchnahme als alle anderen Altersgruppen. Die übrigen Altersgruppen unterscheiden sich nicht signifikant voneinander.

Menschen, die in Rente sind oder Pension beziehen, berichten eine signifikant höhere Bereitschaft zur Inanspruchnahme professioneller Hilfen im Vergleich zu Menschen, die in Vollzeit arbeiten, arbeitslos oder im Haushalt tätig sind oder sich in Schule oder Studium befinden. Die anderen Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant voneinander.

Menschen mit chronischer Erkrankung sind signifikant eher geneigt, bei einem psychischen Gesundheitsproblem professionelle Hilfe zu suchen. Menschen, die eine Person kennen, die eine psychische Erkrankung hat oder hatte (eine andere Person oder auch die eigene Person eingeschlossen) neigen signifikant stärker dazu, im Falle eines psychischen Gesundheitsproblems professionelle Hilfe zu suchen

Es lassen sich mit Blick auf die Bereitschaft zur Inanspruchnahme professioneller Hilfen keine Unterschiede für die verschiedenen Bildungs- und Einkommensgruppen, für Menschen mit und ohne Migrationshintergrund, sowie für Menschen aus den „alten“ und den „neuen“ Bundesländern feststellen.

Die Bereitschaft zur Inanspruchnahme professioneller Hilfe bei einem psychischem Gesundheitsproblem hängt signifikant mit der psychischen Gesundheitskompetenz (MHLS-GER-Q24 bzw. psyGK) sowie dem Wissen, den Einstellungen und Haltungen zur psychischen Gesundheit (MHLq) zusammen (s. Anhang: **Tabelle 18**). Hierbei lassen sich für beide Formen der Gesundheitskompetenz (MHLS-GER-Q24 und MHLq) kleine Effektstärken beobachten, für den Zusammenhang zwischen Inanspruchnahme-Einstellungen und MHLq eine moderate Effektstärke. Mit steigender psychischer Gesundheitskompetenz sowie Wissen, Einstellungen und Haltungen zur psychischen Gesundheit steigt die Bereitschaft zur Inanspruchnahme professioneller Hilfe an.

2.6 Wohlbefinden

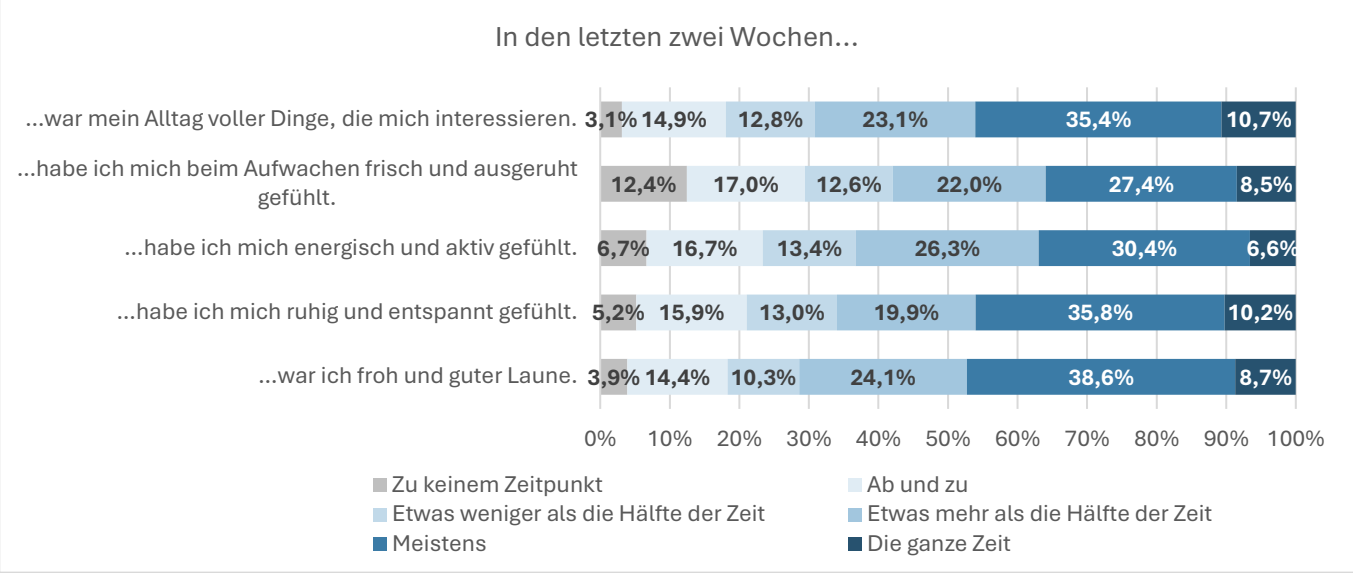


Abbildung 8: WHO-5 - Einzelne Items

Höhere Werte der WHO-5-Skala bedeuten besseres Wohlbefinden. Es wurde sowohl ein Gesamtwert als auch ein dichotomisierter Wert errechnet, welcher Personen mit erhöhtem Risiko für Depression und Personen ohne erhöhtes Risiko für Depression ausweist. Im Vergleich zur Normierungsstichprobe der WHO-5 schneidet unsere Stichprobe wesentlich schlechter beim Wohlbefinden ab. Lediglich in der Altersgruppe der über 60-jährigen nähern sich die Werte an.

		WHO-5 transformierter MW		**Normierungsstichprobe**	
		MW	SD	MW_t	SD_t
Gesamt		57,7	24,3		
Geschlecht	Weiblich (n=1037)	55,6	24,5	68,3	19,9
	Männlich (n=965)	60,2	23,9	72,6	19,6
		<.001			
Alter	unter 40 Jahre	54,1	21,8	73,4	19,2
	II 41-60 Jahre	55,2	25,2	70,0	19,5
	61 Jahre und älter	64,1	24,6	66,8	20,5

Tabelle 5: WHO-5 Werte nach Geschlecht und Alter

Männer berichten ein signifikant besseres Wohlbefinden als Frauen [4]. Die Altersgruppe 60 Jahre und älter hat ein signifikant besseres Wohlbefinden als alle anderen Altersgruppen. Das Wohlbefinden unterscheidet sich in den anderen Alterskategorien nicht statistisch signifikant voneinander. Zwischen den Bildungsgruppen lassen sich keine Unterschiede mit Blick auf ihr subjektives Wohlbefinden beobachten. Menschen mit Migrationshintergrund haben ein signifikant schlechteres Wohlbefinden als diejenigen ohne.

Das Wohlbefinden unterscheidet sich in den Einkommensklassen signifikant voneinander. Die höchste Einkommensgruppe weist im Vergleich zu allen anderen Einkommensgruppen ein signifikant höheres Wohlbefinden auf. Die mittleren Einkommensgruppen („1.500-2.499€“ und „2.500-3.999€“) unterscheiden sich nicht signifikant voneinander, berichten aber ein signifikant höheres Wohlbefinden als die niedrigste Einkommensgruppe. Menschen aus den „alten“ und den „neuen“ Bundesländern unterscheiden sich nicht signifikant in ihrem Wohlbefinden.

Die Teilnehmenden unterscheiden sich je nach Beschäftigungsstatus in ihrem Wohlbefinden. Menschen, die derzeit arbeitslos sind, berichten mit Abstand das schlechteste Wohlbefinden und unterscheiden sich hierbei signifikant von Menschen, welche in Vollzeit und Teilzeit tätig sind, welche sich in Schulbildung oder Studium befinden und denjenigen, welche in Rente bzw. Pension sind. Letztere haben insgesamt das beste Wohlbefinden und heben sich zusätzlich signifikant von in Teilzeit arbeitenden oder sich in Schulbildung/Studium befindlichen Menschen ab, sowie auch von Menschen, welche im Haushalt tätig sind.

Menschen mit einer chronischen Erkrankung berichten ein signifikant schlechteres Wohlbefinden. Menschen, die berichten, eine Person zu kennen, die eine psychische Erkrankung hat oder hatte (die eigene Person eingeschlossen), berichten ein signifikant schlechteres Wohlbefinden. Das Wohlbefinden unterscheidet sich signifikant in den unterschiedlichen Gruppen des selbstberichteten Gesundheitszustandes. Diejenigen mit „guter oder sehr guter Gesundheit“ haben ein signifikant höheres Wohlbefinden als diejenigen mit schlechter oder mittelmäßiger Gesundheit. Diejenigen mit mittelmäßiger Gesundheit haben auch ein signifikant besseres Wohlbefinden als diejenigen mit „schlechter oder sehr schlechter Gesundheit.“

[4] Für eine detailliertere Übersicht der Unterschiede des Wohlbefindens nach soziodemographischen Merkmalen s. **Tabelle 19**

WHO-5-Werte sind positiv mit MHLS-GER-Q24-Werten sowie der Bereitschaft zur Inanspruchnahme von professioneller Hilfe korreliert: Je höher das allgemeine Wohlbefinden, desto höher fällt auch die psychische Gesundheitskompetenz aus (r=0,341; p<,001) und auch die Bereitschaft zur Inanspruchnahme professioneller Hilfe (r=0,137; p<,001). Das Wohlbefinden korreliert ferner mit den MHLq-Subskalen „Stigmatisierende Einstellungen“, „Hilfesuche“ und „Selbsthilfestrategien“ (r = -,137, p<,001; r =,175; p<,001; r=,226; p<,001).

2.7 Gesundheitsindikatoren

Subjektiver Gesundheitsstatus

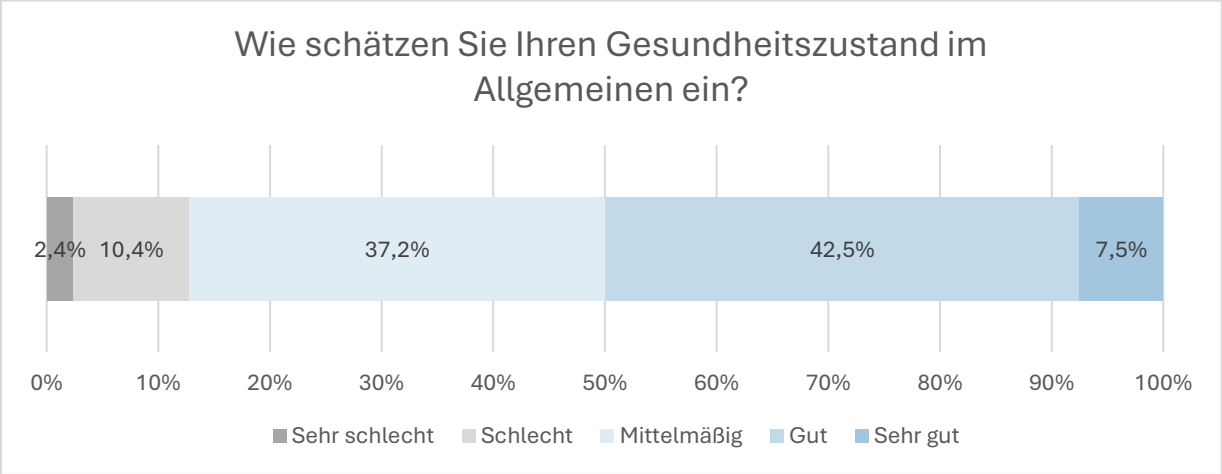


Abbildung 9: Selbstberichteter Gesundheitsstatus

Die Hälfte (50%) der Befragten geben an, einen guten oder sehr guten Gesundheitszustand zu haben. Ein großer Teil schätzt ihre Gesundheit als mittelmäßig ein (37,2%), während 12,8% ihre Gesundheit als schlecht oder sehr schlecht bezeichnen.

Frauen berichten einen schlechteren Gesundheitsstatus als Männer. Der selbstberichtete Gesundheitsstatus wird mit steigendem Alter schlechter. Die jüngste Altersgruppe (18-29 Jahre) berichtet einen signifikant besseren Gesundheitsstatus als die Altersgruppen „45-59“ sowie „60 und älter“. Gleiches gilt für die Altersgruppe „30-44“, die sich ebenfalls signifikant von den zwei älteren Altersgruppen unterscheidet.

Auch mit höherer Schulbildung fällt der Gesundheitsstatus besser aus. Alle Bildungsgruppen weisen signifikante Unterschiede zueinander auf. Menschen mit und ohne Migrationshintergrund unterscheiden sich nicht in ihrem selbstberichteten Gesundheitsstatus. Menschen mit höherem Einkommen berichten einen besseren Gesundheitsstatus. Die Unterschiede sind zwischen allen

Gruppen signifikant, mit einer Ausnahme: Menschen mit einem Einkommen von „2.500-3.999€“ unterscheiden sich nicht signifikant von der höchsten Einkommensgruppe. Die Teilnehmenden aus den „neuen“ und „alten“ Bundesländern unterscheiden sich nicht im berichteten Gesundheitsstatus.

Die Teilnehmenden unterscheiden sich in ihrem selbstberichteten Gesundheitsstatus signifikant nach ihrem Beschäftigungsstatus. Vollzeitbeschäftigte berichten einen besseren Gesundheitsstatus als Teilzeitbeschäftige, arbeitslose Menschen sowie Menschen in Rente/Pension. Teilzeitbeschäftigte berichten zudem eine schlechtere Gesundheit als Menschen in Schule oder Studium, aber eine bessere Gesundheit als Menschen in Rente/Pension. Menschen, die momentan arbeitslos sind, berichten eine schlechtere Gesundheit als alle anderen Gruppen, mit Ausnahme der Gruppe „in Rente/pensioniert“. Im Haushalt tätige Personen schneiden besser ab als Menschen, die arbeitslos sind, sind aber sonst gleichauf mit allen anderen Gruppen. Menschen in Schule/Studium schneiden besser ab als in Teilzeit Beschäftigte, arbeitslose Menschen, sowie Menschen in Rente/Pension. Menschen in Rente/Pension schneiden schlechter ab als Menschen in Vollzeit, Teilzeit, Schule/Studium sowie in Elternzeit/Mutterschutz.

Menschen mit chronischer Erkrankung berichten eine signifikant schlechtere Gesundheit als Menschen ohne chronische Erkrankung. Mit Blick auf die psychische Gesundheitskompetenz lassen sich Unterschiede im selbstberichteten Gesundheitsstatus nachweisen. Menschen mit verschiedener Ausprägung von Gesundheitskompetenz mit Blick auf den Umgang mit Informationen über die psychische Gesundheit unterscheiden sich in ihrem selbstberichteten Gesundheitsstatus. Menschen mit „inadäquater“ psyGK weisen im Vergleich zu allen anderen Gruppen eine schlechtere Gesundheit auf. Menschen mit „problematischer“ psyGK weisen zudem eine schlechtere Gesundheit auf als Menschen mit „ausreichender“ psyGK. Menschen mit „ausreichender“ und „exzellenter“ psyGK unterscheiden sich nicht im Gesundheitsstatus.

2.8 Chronische Erkrankung

Von den Befragten geben 55,7% an, eine chronische Erkrankung zu haben, während 2,3% keine Angabe dazu machen. Von der Gruppe derjenigen mit chronischer Erkrankung, ist der größte Teil (fast zwei Drittel – 61,7%) mäßig dadurch eingeschränkt, während starke (20,0%) und gar keine Einschränkung (18,3%) fast ähnlich häufig vorkommen. Menschen, die eine chronische Erkrankung haben, weisen eine signifikant schlechtere psyGK auf. Die Ausprägung der psyGK sinkt mit steigendem Maß der empfundenen Einschränkung durch eine chronische Erkrankung (s. Anhang: **Tabelle 21**). Menschen, die keinerlei Einschränkung durch eine chronische Erkrankung empfinden, weisen eine signifikant bessere psyGK auf. Die anderen Gruppen unterscheiden sich nicht.

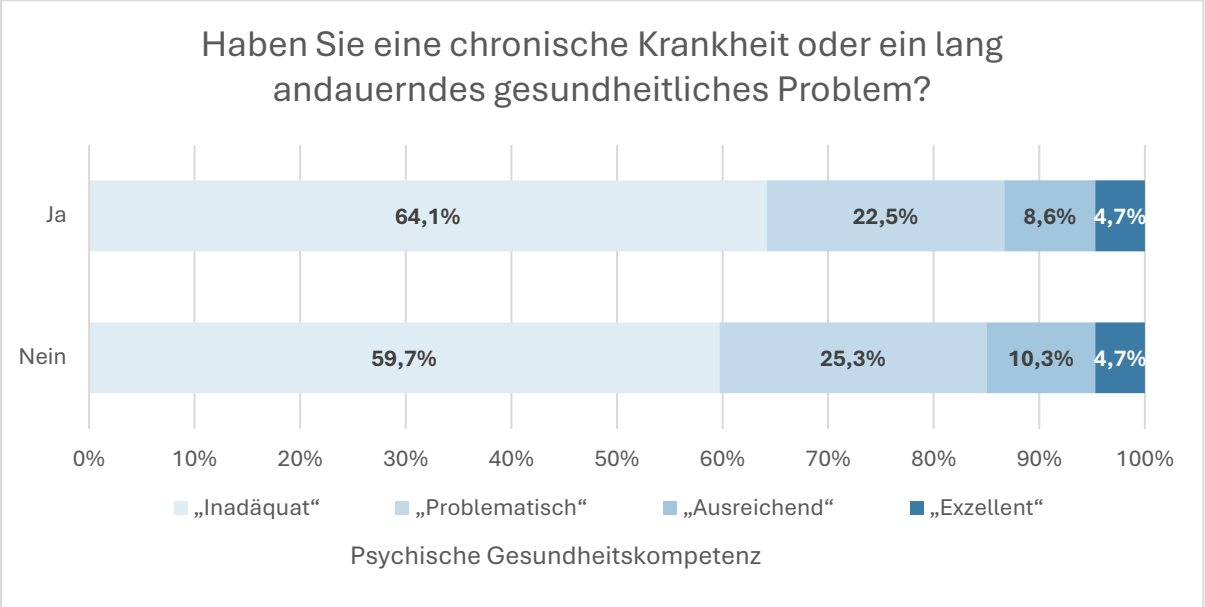


Abbildung 10: psyGK-Niveaus nach chronischer Erkrankung

3 Psychische Gesundheitskompetenz von Auszubildenden in Deutschland

3.1 Stichprobe

		n	%
Gesamt		500	100
Geschlecht	Divers	7	1,4
	Weiblich	311	62,2
	Männlich	182	36,4
Alter	18-19 Jahre	186	37,2
	20-22 Jahre	168	33,6
	23+ Jahre	146	23,2
Bundesland	„Alte“ Bundesländer	366	73,2
	„Neue“ Bundesländer	98	19,6
	Berlin	36	7,2
Schulbildung	Niedrige Bildung	105	21,2
	Mittlere Bildung	180	36,3
	Hohe Bildung	211	42,5
Ausbildungsbereich	Bauwesen und Immobilien	15	3,0
	Elektronik, Mechatronik und Technik	61	12,2
	Finanzen, Versicherungen und Recht	20	4,0
	Freizeit, Kultur und Tourismus	9	1,8
	Handel	30	6,0
	Handwerk und Produktion	32	6,4
	Kaufmännisches, Büro und Verwaltung	55	11,0
	Logistik und Verkehr	9	1,8
	Medien und Gestaltung	18	3,6
	Mode und Textilien	10	2,0
	Naturwissenschaft und Forschung	11	2,2
	Schutz und Sicherheit	9	1,8
	Sozialwesen	91	18,2
	Sport	12	2,4
	Sprachen	3	0,6
	Umwelt, Landwirtschaft und Tiere	9	1,8
	Sonstiges	106	21,2
Haushaltsnettoein-kommen	Bis 1499€	215	43,0
	1500€ – 2499€	90	18,0
	2500€ – 3999€	73	14,6
	4000€ +	122	24,4
Arbeitsverhältnis	Erwerbstätig	288	59,7
	Momentan arbeitslos	21	4,4
	Im Haushalt tätig	7	1,5
	Schule/Studium	159	33,1
	In Rente/Pension	3	0,6
	In Elternzeit/Mutterschutz	4	0,8
Migrationshinter-grund	Nein	359	75,9
	Ja	114	24,1
Chronische Erkran-kung	Nein	277	55,4
	Ja	197	39,4

Tabelle 6: Auszubildende - Stichprobe

3.2 Psychische Gesundheitskompetenz (MHLS-GER-Q24)

Wie in der Allgemeinbevölkerung weist der MHLS-GER-Q24 Fragebogen auch in der Stichprobe der Auszubildenden eine zufriedenstellende Konsistenz auf (s. Anhang: **Tabelle 22**). Die einzige Ausnahme stellt die Subskala „Finden von Informationen“ dar, in welcher der entsprechende Kennwert (Cronbachs Alpha) den empfohlenen Wert minimal unterschreitet (0,695 statt >0,700). Hier werden folglich die dazugehören Fragen etwas unterschiedlicher interpretiert bzw. beantwortet.

Die Auszubildenden erreichen im Bereich der psychischen Gesundheitskompetenz einen Mittelwert von 2,60, was auf dem Antwortspektrum (1 – „sehr schwierig“, 2 – „eher schwierig“, 3 „eher einfach“ und 4 „sehr einfach“) dem Bereich zwischen „eher schwierig“ und „eher einfach“ entspricht. Etwas mehr als die Hälfte der Antworten auf die Fragen des MHLS-GER-Q24 entfallen auf die Antwortoptionen „eher einfach“ und „sehr einfach“, was einem besseren Ergebnis als in der Allgemeinbevölkerung entspricht. Die p-Werte sowie d-Werte entsprechend der Darstellungsweise nach HLS_{19} (Pelikan et al. 2022) können **Tabelle 23** (s. Anhang) entnommen werden.

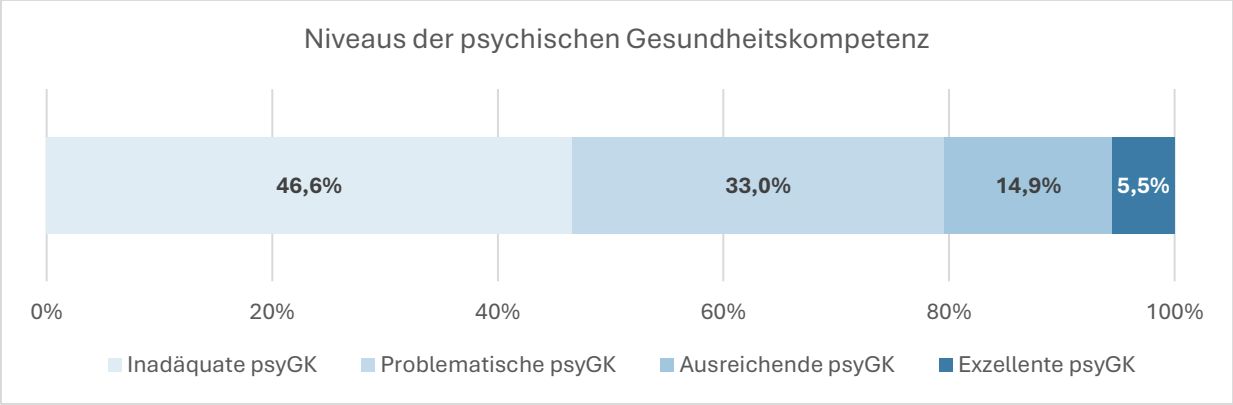


Abbildung 11: Auszubildende - Niveaus der psychischen Gesundheitskompetenz

Übersetzt in die vier Niveaus der Gesundheitskompetenz erzielen lediglich 20,4% eine „hohe“ subjektive Gesundheitskompetenz mit Blick auf das Themenfeld „psychische Gesundheit“ (14,9% „ausreichende psyGK“ + 5,5% „exzellente psyGK“), während die verbleibenden 79,6% über eine geringe psyGK verfügen (46,6% „inadäquate psyGK“ + 33,0% „problematische psyGK“).

Männliche Auszubildende erzielen eine höhere psychische Gesundheitskompetenz. Auch mit Blick auf die Bildung und das Einkommen lassen sich Unterschiede feststellen: Auszubildende mit mittlerer Bildung erzielen bessere Werte als solche mit hoher Bildung; auch die Einkommensgruppe „bis 1500€“ weist eine bessere psyGK auf als die Einkommensgruppe „2500 bis 3999€“.

Mit Blick auf die übrigen soziodemographischen Faktoren lassen sich keine Unterschiede beobachten.

Werden die einzelnen Items des MHLS-GER-Q24 in den Blick genommen, lassen sich Bereiche beim Umgang mit Informationen über die psychische Gesundheit identifizieren, die mit besonderen Anforderungen verbunden sind. Diese werden nachfolgend aufgelistet.

Am schwierigsten fallen den befragten Auszubildenden folgende drei Aufgaben [5]:

- darauf zu achten, dass die psychischen Belastungen und der Stress in ihrem Alltag nicht überhandnimmt? (von 54,8% als „eher schwierig“ oder „sehr schwierig“ eingestuft),
- zu beurteilen, ob die Informationen zu Angeboten zur Bewältigung eines psychischen Problems frei von kommerziellem Interesse sind? (53% „schwierig“) und
- den Wahrheitsgehalt von Informationen über psychische Gesundheit zu beurteilen? (50,3% „schwierig“).

Zwei dieser drei schwierigsten Aufgabenbereiche stammen wie auch bei der Allgemeinbevölkerung aus dem Bereich des „**Beurteilens“ von Informationen** über das Thema psychische Gesundheit, während aber das als am schwierigsten bewertete Fragebogenitem auf die Bewältigung von Belastungen und Stress im Alltag abzielt.

Im Gegensatz dazu werden folgende Aufgaben als **am einfachsten** bewertet:

- Informationen über Symptome von psychischen Erkrankungen zu finden (von „nur“ 34,5% als „schwierig“ bewertet),
- zu beurteilen, wie sich Ihre Gewohnheiten und Einstellungen auf Ihr Wohlbefinden auswirken (34,6 „schwierig“) und
- zu verstehen, wie Gewohnheiten wie Schlaf, Ernährung und Bewegung sich auf Ihr Wohlbefinden auswirken? (29% „schwierig“).

[5] Für eine detaillierte Darstellung aller Items des MHLS-GER-Q24 s. **Tabelle 25**

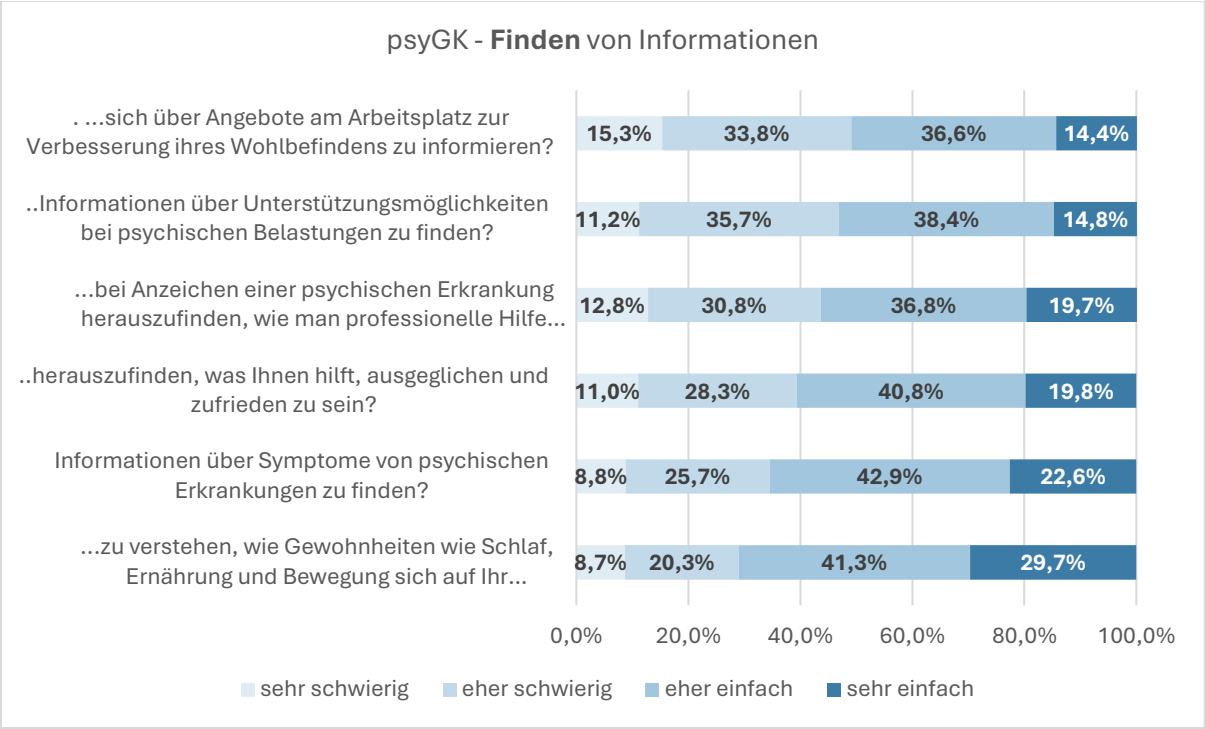


Abbildung 12: Auszubildende - psyGK - Finden von Informationen

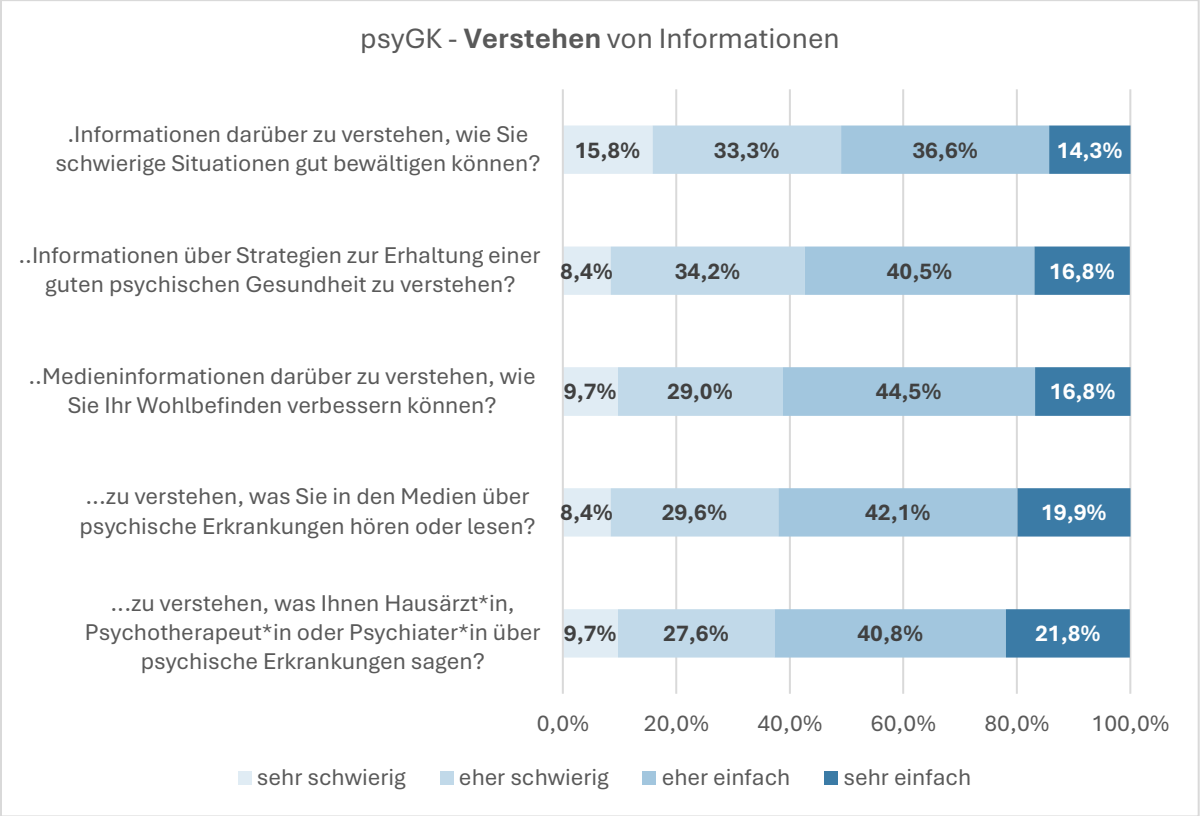


Abbildung 13: Auszubildende - psyGK - Verstehen von Informationen

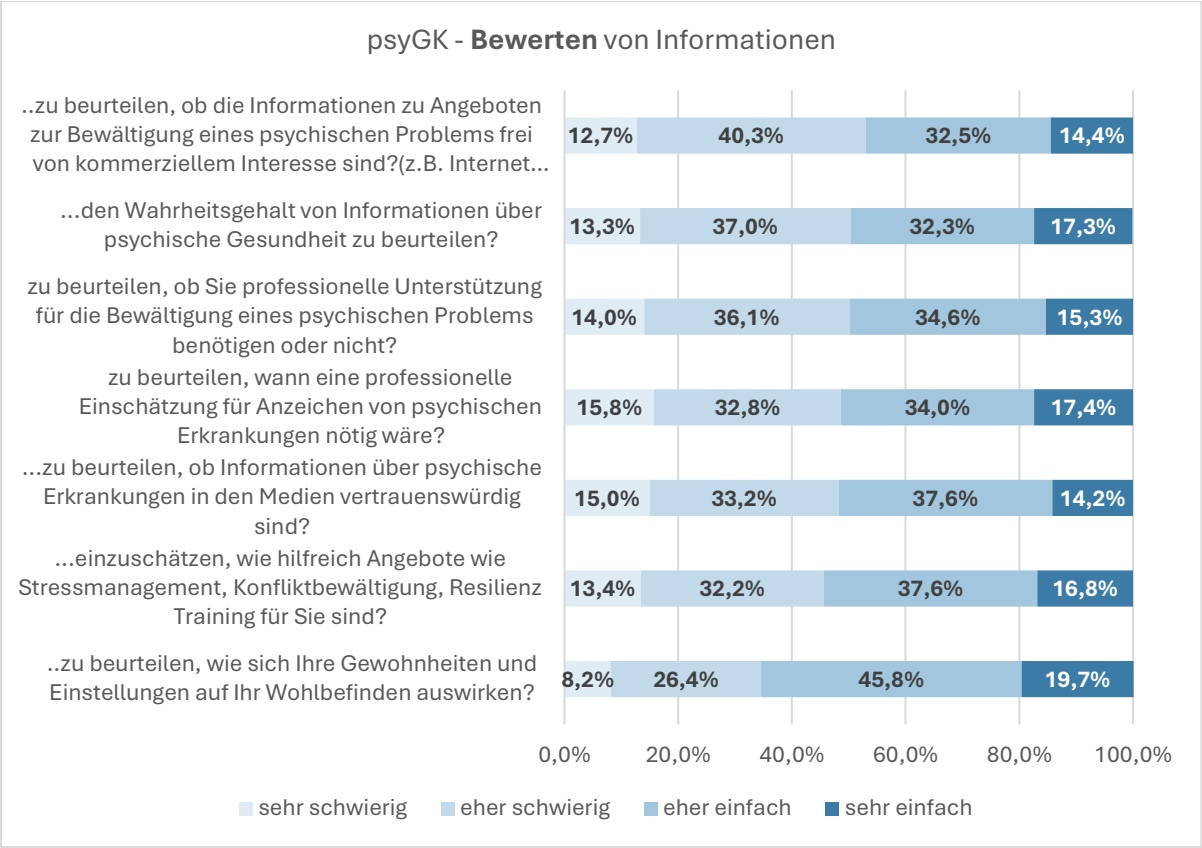


Abbildung 14: Auszubildende - psyGK - Bewerten von Informationen

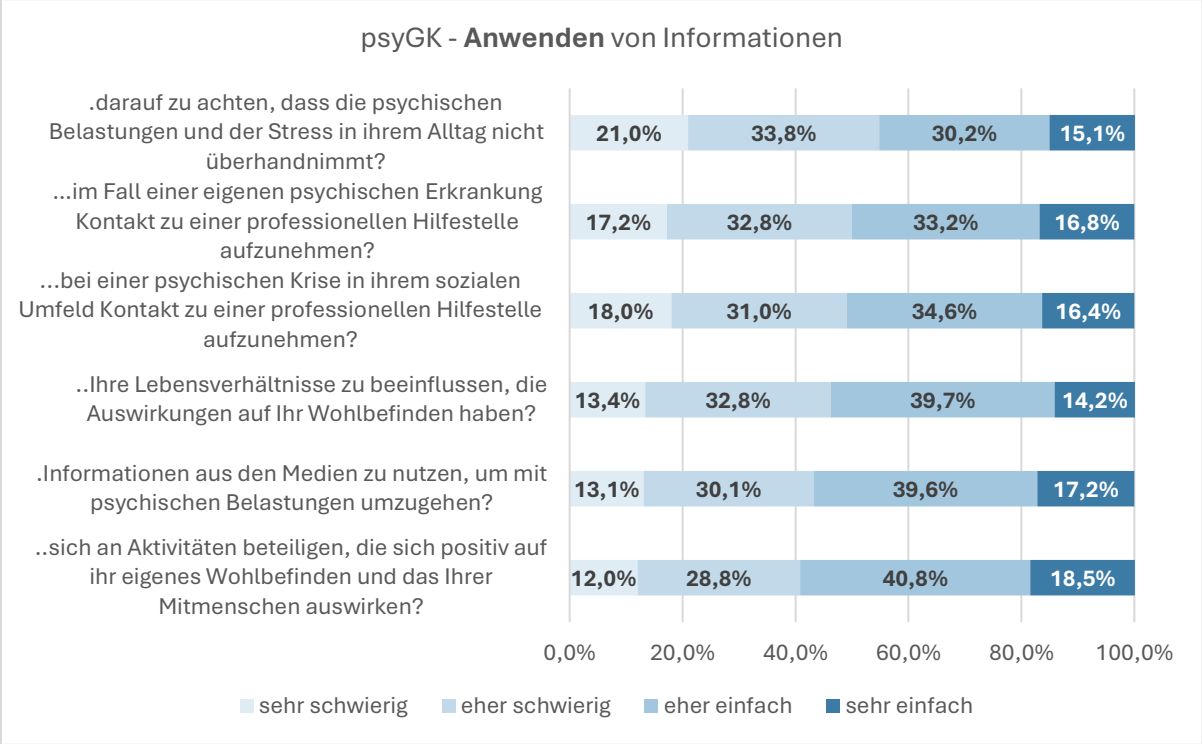


Abbildung 15: Auszubildende - psyGK - Anwenden von Informationen

Der MHLS-GER-Q24 Fragebogen lässt sich sowohl nach der Logik der Gesundheitsbereiche (Krankheitsversorgung, Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung) sowie Kompetenzbereiche (Finden, Verstehen, Beurteilen, Anwenden von gesundheitsrelevanten Informationen) unterteilen. Für diese lassen sich je eigene p-Werte berechnen. Ein p-Wert von 0 kommt dann zustande, wenn eine befragte Person jedes der 24 Fragen mit „sehr schwierig“ beantwortet; ein p-Wert von 100, wenn jede Frage mit „sehr einfach“ beantwortet wird.

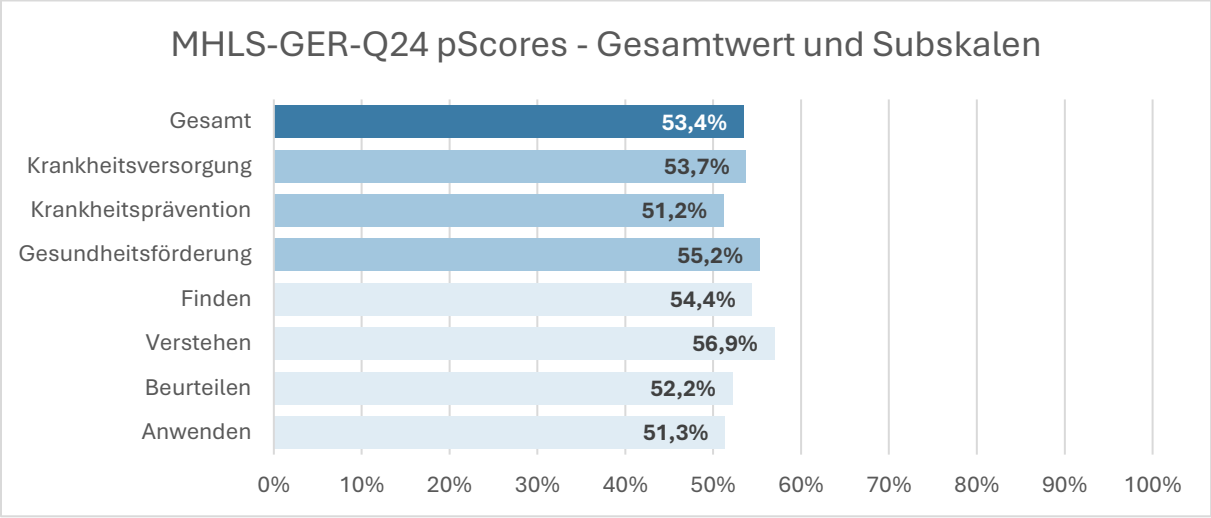


Abbildung 16: Auszubildende - MHLS-GER-Q24 p-Werte - Gesamtwert und Subskalen

Mit Blick auf die **Gesundheitsbereiche** (Krankheitsversorgung, Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung) zeigt sich, dass es den befragten Auszubildenden **am einfachsten** fällt, mit Informationen umzugehen, die die **Förderung der psychischen Gesundheit** betreffen (p-Wert = 55,3). Im Bereich der Krankheitsprävention ist der Umgang mit Informationen am schwierigsten (p-Wert = 51,2). Der Bereich der Krankheitsversorgung reiht sich dazwischen ein (p-Wert = 53,7).

Die Auszubildenden erzielen in allen Gesundheitsbereichen bessere Werte als die Allgemeinbevölkerung. Im Gegensatz zu dieser fällt den Auszubildenden jedoch das **Anwenden** von Informationen über das Thema „psychische Gesundheit“ am **schwierigsten** (p-Wert=51,3) während ihnen ebenfalls das **Verstehen** dieser Informationen am **einfachsten** fällt (p-Wert=56,9).

3.3 Bekanntschaft mit Betroffener oder Betroffenem

Mehr als zwei Drittel der Befragten (70%) geben an, jemanden zu kennen, die oder der eine psychische Erkrankung hat oder hatte – die eigene Person eingeschlossen. Psychische Erkrankungen

sind daher kein randständiges Thema in der öffentlichen Wahrnehmung, sondern tauchen in der Lebenswelt der absoluten Mehrheit der Menschen in Deutschland früher oder später einmal auf.

3.4 Wissen, Einstellungen und Haltungen zu psychischer Gesundheit (MHLq)

	M (SD)	Spann-weite	Cron-bachs α
MHLq - Gesamtwert	110 (15,2)	71-143	.891
Subskala **Wissen** über psychische Erkrankungen (11 Items)	42,9 (6,5)	23-55	.834
Subskala **Stigmatisierung/Stereotype** (8 Items)	29,5 (7,1)	14-40	.866
Subskala **Hilfesuche und Erste-Hilfe-Fähigkeiten** (6 Items)	22,3 (3,9)	7-30	.707
Subskala **Selbsthilfestrategien** (4 Items)	15,4 (2,8)	6-20	.719

Tabelle 7: Auszubildende - Wissen, Einstellungen, Haltungen zu psych. Ges. – Subskalen

Insgesamt weisen die Teilnehmenden gute Werte mit Blick auf ihr Wissen, auf Einstellungen sowie Haltungen zur psychischen Gesundheit auf. Die Werte sind vergleichbar mit der Gesamtstichprobe. Die Items mit den höchsten Werten sind [6]:

- „Eine Person mit einer Angststörung könnte in Situationen, die sie fürchtet, in Panik geraten“ und
- „Je eher psychische Störungen erkannt und behandelt werden, desto besser.“ (Dieses Item steht auch in der Allgemeinbevölkerung an zweiter Stelle)

Mit einem Mittelwert von 4,07 nehmen folgende Items den dritten Platz ein:

- „Psychische Störungen haben Auswirkungen auf die Gedanken“ (SD=1,02) und
- „Wenn eine mir nahestehende Person eine psychische Störung hätte, würde ich ihr/ihm zuhören, ohne zu urteilen oder zu kritisieren“

Die drei Items mit den niedrigsten Antworten sind primär dem Bereich der Hilfesuche zuzuordnen:

- „Wenn eine mir nahestehende Person eine psychische Störung hätte, könnte ich nichts tun, um ihr zu helfen“ (Dieses Item steht in Gesamtstichprobe an der zweiten Stelle)
- „Psychische Störungen haben keine Auswirkungen auf das Verhalten“ und
- „Wenn ich eine psychische Störung hätte, würde ich bei Freunden Unterstützung suchen“

[6] Eine Übersicht der Antworten auf alle Items des MHLq findet sich im Anhang

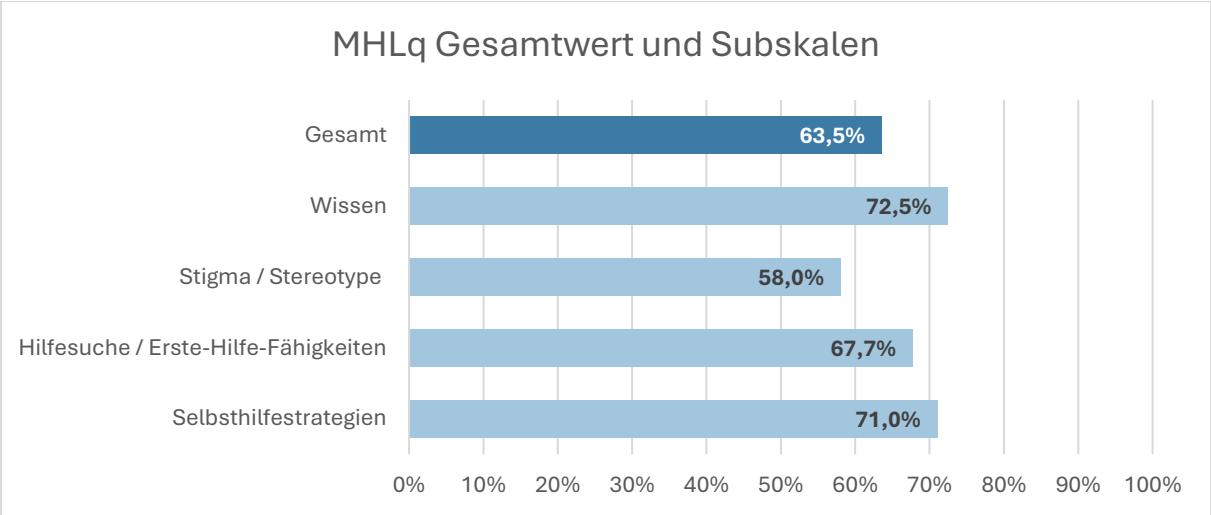


Abbildung 17: Auszubildende - MHLq Gesamtwert und Subskalen

Frauen haben insgesamt bessere MHLq-Werte als Männer. Dies wird vor allem dem Unterschied bei stigmatisierenden Einstellungen/Stereotypen zugeschrieben, denn dort haben Frauen signifikant weniger stigmatisierende Einstellungen. In Bezug auf das Alter haben diejenigen die 23 oder älter sind, signifikant bessere Werte bei den Selbsthilfestrategien als die jüngeren Altersgruppen. In Bezug auf Bildung ist zu beobachten, dass Personen mit höherer Bildung bezüglich aller MHLq-Dimensionen einen signifikant größeren MHLq-Gesamtwert erreichen. Ein ähnliches Bild zeichnet sich auch für die Kategorie Einkommen ab: je höher, desto bessere Ergebnisse bei der allgemeinen MHLq, sowie auch in den Teilbereichen Stigma und Hilfesuche. Im Bereich Wissen und Selbsthilfestrategien lassen sich allerdings keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf Einkommen beobachten. Des Weiteren gibt es auch keine signifikanten Unterschiede in der MHLq in Bezug auf den Migrationshintergrund. Wie bereits in früheren Studien beobachtet, haben Personen, die jemanden mit einer psychischen Erkrankung kennen, tendenziell eine bessere MHLq. Dies lässt sich auch hier beobachten, bei dem Gesamtwert, sowie auch in den Teilbereichen Wissen, Stigmatisierung und Selbsthilfestrategien. Es lassen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Auszubildenden mit chronischer Erkrankung und Auszubildenden ohne chronische Erkrankung in ihrer MHL finden. Mit höherer psychischer Gesundheitskompetenz gehen zuletzt auch bessere Werte mit Blick auf Wissen, Einstellungen und Haltungen zur psychischen Gesundheit einher (s. Anhang: **Tabelle 28**).

3.5 Inanspruchnahme von Hilfe

Die Bereitschaft zur Inanspruchnahme professioneller Hilfe ist unter den Befragten hoch. Zwischen 31,4% und 37,4% entfallen auf die maximale Zustimmung, und der Großteil der befragten Auszubildenden (76,4%, 73,2% und 70,6%) äußert sich zustimmend zu den drei Fragen (Antwortkategorien 5, 6 und 7). Die Zustimmungswerte fallen jedoch etwas niedriger aus als in der Allgemeinbevölkerung. Mehr als jede zehnte befragte Person unter den Auszubildenden (10%, 11,6% und 10,4%) gibt jedoch auch an, sich bei einem psychischen Gesundheitsproblem eher nicht vorzunehmen (Antwortkategorien 1, 2 und 3), zu planen, oder zu versuchen Hilfe von einer Fachkraft zu suchen.

Wenn ich ein psychisches Gesundheitsproblem hätte, würde ich...

	1 – stärkste Ablehnung	2	3	4	5	6	7 – stärkste Zustimmung
mir vornehmen, Hilfe von einer Fachkraft für psychische Gesundheit zu suchen	2,4%	2,0%	5,6%	13,6%	21,8%	17,2%	37,4%
versuchen, Hilfe... zu suchen	2,8%	2,0%	6,8%	15,4%	20,4%	20,2%	32,4%
planen, Hilfe... zu suchen	2,4%	2,8%	5,2%	17,0%	18,6%	22,6%	31,4%
Die Beschriftung der Antwortkategorien 1 und 7 variiert für jede der drei Fragen. „Vornehmen“: 1- „sehr unwahrscheinlich“, 7 – „sehr wahrscheinlich“; „versuchen“:1 – „auf jeden Fall falsch“, 7 – „auf jeden Fall wahr“; „planen“: 1 – „stimme voll und ganz dagegen“, 7 – „stimme voll und ganz zu“							

Tabelle 8: Auszubildende - Bereitschaft zur Inanspruchnahme professioneller Hilfe

Es lassen sich für die Variablen Geschlecht, Alter, Bildung, Migration und Bundesland keine Unterschiede mit Blick auf die Inanspruchnahme professioneller Hilfen beobachten (s. Anhang: **Tabelle 27**). Die Auszubildenden aus den verschiedenen Einkommensgruppen unterscheiden sich jedoch signifikant: Konkret unterscheiden sich die Einkommensgruppen „bis 1500€“ und „2500 bis 3999€“ signifikant voneinander. Die niedrigste Einkommensgruppe weist hierbei die höchste Bereitschaft zur Inanspruchnahme professioneller Hilfe auf.

Die Bereitschaft zur Inanspruchnahme professioneller Hilfe bei einem psychischem Gesundheitsproblem hängt signifikant mit der psychischen Gesundheitskompetenz (MHLS-GER-Q24 bzw. psyGK) sowie dem Wissen, den Einstellungen und Haltungen zur psychischen Gesundheit (MHLq) zusammen (s. Anhang: **Tabelle 28**). Hierbei lassen sich kleine bis moderate Effektstärken

beobachten. Mit steigender psychischer Gesundheitskompetenz sowie Wissen, Einstellungen und Haltungen zur psychischen Gesundheit steigt die Bereitschaft zur Inanspruchnahme professioneller Hilfe an.

3.6 Wohlbefinden

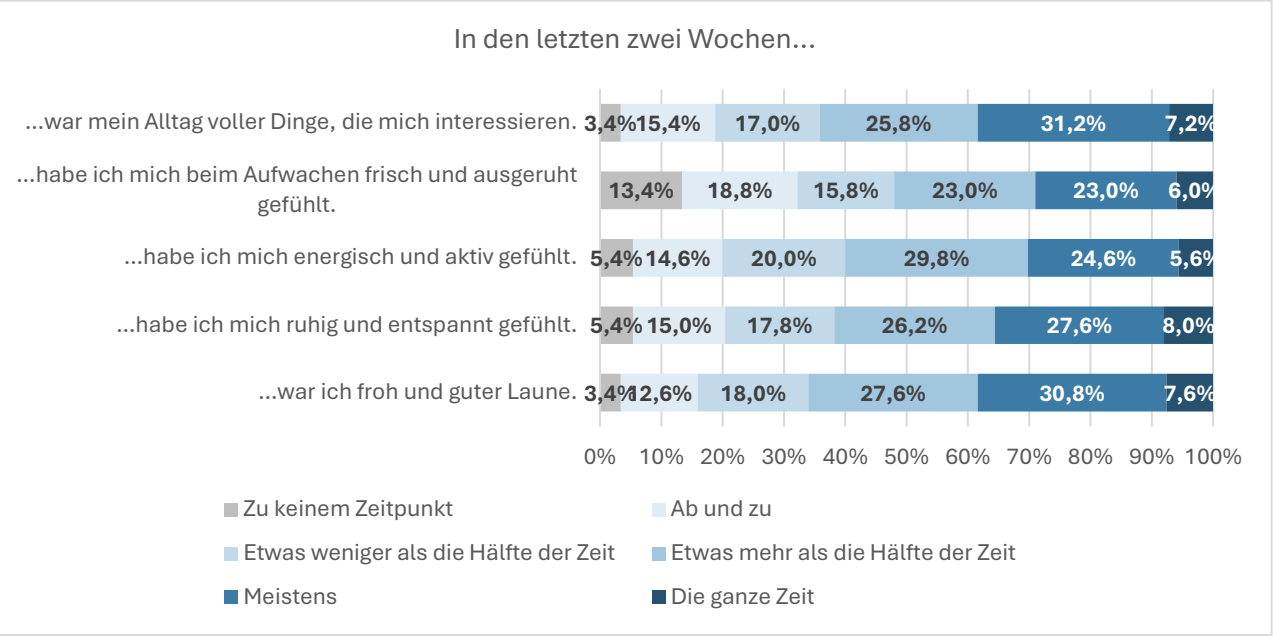


Abbildung 18: Auszubildende - WHO-5 - Einzelne Items

Höhere Werte der WHO-5-Skala bedeuten besseres Wohlbefinden. Es wurde sowohl ein Gesamtwert als auch ein dichotomisierter Wert errechnet, welcher Personen mit erhöhtem Risiko für Depression und Personen ohne erhöhtes Risiko für Depression ausweist. Entsprechend der Einteilung haben 39,6% (n=198) der Auszubildenden ein Risiko für Depression. Männer haben ein signifikant besseres Wohlbefinden als Frauen [7]. Auszubildende mit chronischer Erkrankung berichten dahingegen ein signifikant schlechteres Wohlbefinden. In Bezug auf den selbstberichteten Gesundheitszustand lässt sich ebenfalls ein eindeutiger Gradient beobachten, wonach diejenigen mit schlechter Gesundheit auch ein signifikant niedrigeres Wohlbefinden haben. Ansonsten unterscheidet sich das Wohlbefinden nicht signifikant in Bezug auf Alter, Einkommen, Bildung, Migrationshintergrund und Bundesland. Zuletzt hängt auch eine höhere psychische Gesundheitskompetenz mit einem besseren WHO-5-Wert zusammen – das Wohlbefinden fällt hier besser aus ($r=0{,}389$; $p<0{,}001$).

[7] Für eine detailliertere Übersicht der Unterschiede des Wohlbefindens nach soziodemographischen Merkmalen s. **Tabelle 28**

3.7 Gesundheitsindikatoren

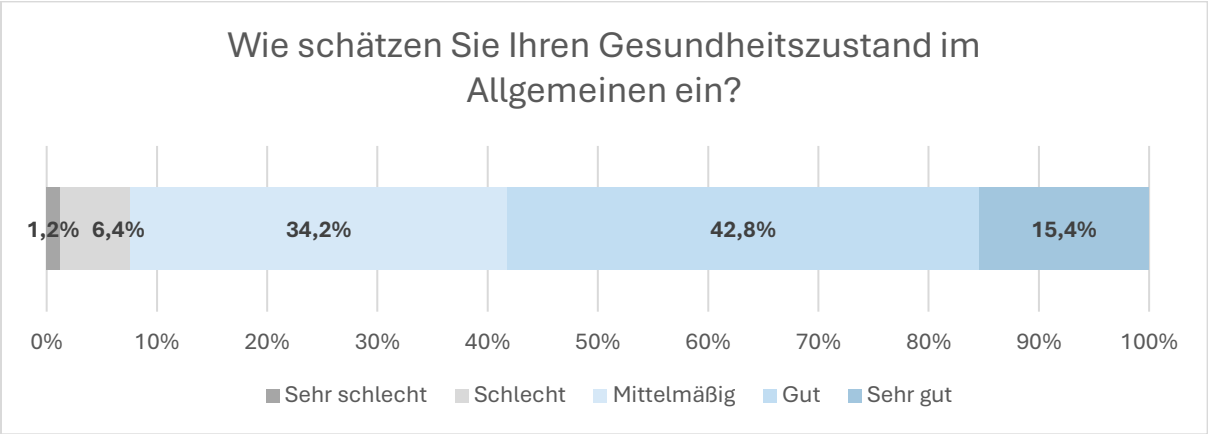


Abbildung 19: Auszubildende - Selbstberichteter Gesundheitsstatus

Mehr als die Hälfte der Befragten (58,2%) berichtet, einen guten oder sehr guten Gesundheitszustand zu haben. Nur ein kleiner Anteil (7,6%) gibt an, einen schlechten oder sehr schlechten Gesundheitszustand zu haben.

3.8 Chronische Erkrankung

Mit 39,4% geben mehr als ein Drittel der Befragten an, eine chronische Erkrankung zu haben (5,2% beantworteten diese Frage nicht). Die Mehrheit davon (66%) ist von der Erkrankung mäßig eingeschränkt.

3.9 Ausbildungszufriedenheit

Im Durchschnitt berichten die befragten Auszubildenden eine eher hohe Ausbildungszufriedenheit. Auf einer Skala von 0-100, wobei 100 „sehr zufrieden“ und 0 „Sehr unzufrieden“ entspricht, wird ein Mittelwert von 71,02 erreicht. Die Standardabweichung beträgt 15,48, was bedeutet, dass rund 68% der Befragten eine Ausbildungszufriedenheit zwischen 71,02±15,48 berichten (zwischen 55,54 und 86,5).

Insgesamt unterscheiden sich die Auszubildenden nicht in ihrer Ausbildungszufriedenheit nach soziodemographischen Merkmalen. Es zeigt sich jedoch ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit und der Ausprägung der psyGK (r=0,367; p<0,001): Je höher die Zufriedenheit, desto besser fällt auch die psychische Gesundheitskompetenz aus (und vice versa).

Wenn Sie Ihre Ausbildungssituation insgesamt betrachten, wie zufrieden sind Sie mit..	Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Teils/teils	Zufrieden	Sehr zufrieden
...Ihren Berufsperspektiven?	1,4%	4,2%	18,6%	41,8%	34,0%
...den Leuten, mit denen Sie arbeiten?	1,2%	4,2%	20,8%	40,8%	33,0%
...den körperlichen Arbeitsbedingungen?	1,4%	4,4%	24,4%	44,6%	25,2%
...der Art und Weise, wie Ihre Abteilung geführt wird?	1,4%	5,0%	24,0%	44,2%	25,4%
...der Art und Weise, wie Ihre Fähigkeiten genutzt werden?	2,2%	5,4%	17,2%	49,4%	25,8%
...Ihrem Lohn/Gehalt?	6,4%	15,0%	29,8%	35,2%	13,6%
...Ihrer Arbeit insgesamt, unter Berücksichtigung aller Umstände?	1,2%	3,6%	24,6%	50,4%	20,2%

Tabelle 9: Auszubildende - Zufriedenheit

3.10 Resilientes Verhalten am Ausbildungsplatz

Insgesamt berichten die Auszubildenden eine ausgeprägte Tendenz zu resilientem Verhalten am Arbeitsplatz. Die acht verschiedenen Fragen erhalten zwischen 67% und 76,8% Zustimmung. Die **geringsten Zustimmungswerte** erhalten die Fragen „Ich kann verhindern, dass meine Gedanken ständig von schwierigen Aufgaben abschweifen“ (67% Zustimmung) und „Berufliche Probleme betrachte ich als eine Gelegenheit, meine Fähigkeiten einzubringen“ (72% Zustimmung). Die **höchste Zustimmung** erhalten die Fragen „Schwierige Aufgaben in der Arbeit gehe ich an, indem ich mir verschiedene Handlungsmöglichkeiten überlege“ (76,8% Zustimmung) und „Bei schwierigen Aufgaben am Arbeitsplatz behalte ich mein Ziel im Auge und lasse mich nicht vom Weg abbringen“ (75,8% Zustimmung). Insgesamt erreichen die Auszubildenden einen Mittelwert von 5,26 wobei 7 volle Zustimmung zu resilientem Verhalten in der Ausbildung entspricht.

	Trifft überhaupt nicht zu	2	3	4	5	6	Trifft voll und ganz zu
Wenn mich in der Arbeit etwas wütend macht, bekomme ich meinen Ärger schnell in den Griff	2,4%	2,8%	6%	15,2%	24,6%	25,2%	23,8%
Wenn ich bei der Arbeit zu aufgeregt werde, kann ich mich so beruhigen, dass ich bald wieder weitermachen kann	2,2%	1,4%	5%	16,6%	24,2%	27,8%	22,8%
Schwierige Aufgaben in der Arbeit gehe ich an, indem ich mir verschiedene Handlungsmöglichkeiten überlege	1,2%	2,4%	5,6%	14%	26,6%	25,2%	25%
In aller Regel betrachte ich problematische Situationen am Arbeitsplatz aus mehreren Perspektiven	1,6%	1,4%	6,6%	16,6%	29,8%	24%	20%
Ich bin davon überzeugt, dass die Konfrontation mit Problemen bei der Arbeit positiv zu meiner Entwicklung beiträgt	2,8%	2%	6%	16,2%	22%	26,2%	24,8%
Berufliche Probleme betrachte ich als eine Gelegenheit, meine Fähigkeiten einzubringen	2,2%	1,8%	7,6%	16,4%	26,8%	25%	20,2%
Ich kann verhindern, dass meine Gedanken ständig von schwierigen Aufgaben abschweifen	3,4%	2,8%	10,4%	16,4%	25%	24%	18%
Bei schwierigen Aufgaben am Arbeitsplatz behalte ich mein Ziel im Auge und lasse mich nicht vom Weg abbringen	1,8%	1,6%	5%	15,8%	23,2%	29,8%	22,8%

Tabelle 10: Auszubildende - Resilientes Verhalten am Ausbildungsplatz

Insgesamt unterscheiden sich die Auszubildenden nicht nach soziodemographischen Merkmalen in ihrer Neigung zu resilientem Verhalten in der Ausbildung (s. Anhang: **Tabelle 31**). Es zeigt sich jedoch ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen dem Ausmaß resilienten Verhaltens in der Ausbildung und der Ausprägung der psyGK ($r=0,404$; $p<0,001$).

4 Zusammenfassung der zentralen Befunde

Die vorliegende Studie liefert erstmals eine umfassende Datenbasis zur psychischen Gesundheitskompetenz von Menschen in Deutschland und unterscheidet sich von vorangegangen Studien darin, dass die psychische Gesundheitskompetenz in dieser Erhebung auf dem ganzheitlichen HLS-EU Rahmenmodell der Gesundheitskompetenz basiert (Sørensen et al. 2012). Somit wird hier in erster Linie der Umgang mit Information zur psychischen Gesundheit mit dem Finden, Verstehen, Bewerten und Anwenden von Informationen fokussiert. Im Rahmen dieses Berichts werden verschiedene Indikatoren kombiniert, um einen facettenreichen Einblick in die Lebensrealität der Bevölkerung im Umgang mit Informationen zu ihrer psychischen Gesundheit zu ermöglichen.

4.1 Psychische Gesundheitskompetenz

Die psychische Gesundheitskompetenz der Befragten fällt relativ schlecht aus: In der Allgemeinbevölkerung weisen **fast 9 von 10 Menschen** (86,1%) eine **geringe psychische Gesundheitskompetenz** auf. Bei den Auszubildenden ist der Anteil mit einer geringen psychischen Gesundheitskompetenz zwar etwas kleiner, beträgt aber dennoch ebenfalls **annähernd 8 von 10** (79,6%). Diese Befunde fallen deutlich schlechter aus als bisherige Befunde zur allgemeinen Gesundheitskompetenz (Hurrelmann et al. 2020a; Schaeffer et al. 2016a; The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL 2021a). Während es also für einen großen Teil der Bevölkerung nicht immer einfach ist, mit gesundheitsrelevanten Informationen im Allgemeinen umzugehen, ist diese Problemlage für das Thema „Psychische Gesundheit“ noch einmal verschärft.

Die einzelnen Fragen des MHLS-GER-Q24 Fragebogens zur psychischen Gesundheitskompetenz ermöglichen hierbei detaillierte Einblicke in die besonderen Herausforderungen, denen sich Menschen in Deutschland mit Blick auf Informationen über die psychische Gesundheit ausgesetzt sehen. Besonders schwer fällt es den Befragten, solche Informationen zu beurteilen, etwa mit Blick auf verborgene kommerzielle Interessen sowie die Glaubwürdigkeit von Informationen über die psychische Gesundheit in den Medien. Gleichzeitig wird es als vergleichsweise schwierig eingeschätzt, zu beurteilen, wann eine professionelle Einschätzung für Anzeichen von psychischen Erkrankungen oder eine professionelle Unterstützung für die Bewältigung eines psychischen Problems nötig wäre.

Die Auszubildenden berichten übereinstimmend von der besonderen Schwierigkeit, kommerzielle Interessen hinter Informationen über die psychische Gesundheit zu erkennen, sowie auch

den Wahrheitsgehalt solcher Informationen einzuschätzen. Am schwierigsten fällt den Auszubildenden jedoch, darauf zu achten, dass die psychischen Belastungen und der Stress in ihrem Alltag nicht überhandnehmen. Tatsächlich ist für die Auszubildenden auch nicht das kritische Bewerten der am schwierigsten bewertete Kompetenzbereich der psychischen Gesundheitskompetenz, sondern das tatsächliche Anwenden solcher Informationen im Alltag.

Das besondere Potenzial der psychischen Gesundheitskompetenz wird im Zusammenspiel mit den anderen Untersuchungsbereichen dieser Studie deutlich: eine höhere psychische Gesundheitskompetenz geht mit besseren Werten in den Bereichen Wissen, Einstellungen und Haltungen zur psychischen Gesundheit einher sowie mit einer geringer ausgeprägten Neigung zu stigmatisierenden Einstellungen gegenüber psychisch erkrankten Menschen. Gleichzeitig weisen Menschen mit höherer psychischer Gesundheitskompetenz ein besseres Wohlbefinden auf und sind auch eher bereit, im Falle eines eigenen psychischen Gesundheitsproblems professionelle Hilfe aufzusuchen. All diese Befunde gelten sowohl für die Allgemeinbevölkerung als auch für Auszubildende. Darüber hinaus hängt bei den Auszubildenden aber eine höhere Zufriedenheit sowie eine stärkere Neigung zu resilientem Verhalten am Arbeitsplatz mit einer höheren psychischen Gesundheitskompetenz zusammen.

Gruppen in der Allgemeinbevölkerung, die eher Gefahr laufen, eine geringe psychische Gesundheitskompetenz zu haben, sind Menschen mit niedrigerer Bildung, Menschen mit Migrationshintergrund, sowie Befragte in den „alten“ Bundesländern. Bei der besonderen Gruppe der Auszubildenden zeichnet sich ein anderes Bild, denn hier zeigt sich eine höhere psychische Gesundheitskompetenz insbesondere bei männlichen Auszubildenden sowie Auszubildenden mit niedrigerem Haushaltseinkommen.

4.2 Wissen, Einstellungen und Haltungen

Mit Blick auf Wissen, Einstellungen und Haltungen zur psychischen Gesundheit lassen sich tendenziell positive Ergebnisse beschreiben, gleichzeitig sind die Allgemeinbevölkerung wie auch die Auszubildenden aber deutlich davon entfernt, die Maximalwerte in den Bereichen „Wissen über psychische Erkrankungen“, „Stigmatisierung und Stereotype“, „Hilfesuche und Erste-Hilfe-Fähigkeiten“ sowie „Selbsthilfestrategien“ zu erreichen.

Weibliche Befragte schneiden sowohl in der Allgemeinbevölkerung als auch unter den Auszubildenden generell signifikant besser ab. Des Weiteren erzielen in der Allgemeinbevölkerung Men-

schen mit höherer Bildung und Migrationshintergrund bessere Werte, was auch für Menschen zutrifft, die berichten, jemanden zu kennen, die oder der von einer psychischen Erkrankung betroffen ist oder war. Bei den Auszubildenden erzielen Befragte mit höherem Einkommen sowie höherer Bildung bessere Werte in Wissen, Einstellungen und Haltungen zur psychischen Gesundheit.

4.3 Inanspruchnahme von Hilfe

Sowohl in der Allgemeinbevölkerung als auch unter den Auszubildenden wird eine hohe Bereitschaft berichtet, bei einem eigenen psychischen Gesundheitsproblem professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Für die Allgemeinbevölkerung äußern sich je nach Frage zwischen 79,4% und 81% zustimmend, bei den Auszubildenden sind es immerhin 70,6% bis 76,4%.

In der Allgemeinbevölkerung äußern weibliche Befragte sowie Ältere (Altersgruppe „60+“) eine größere Bereitschaft, im Ernstfall professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, was auch für Menschen mit chronischer Erkrankung und solche Menschen gilt, die angeben, eine betroffene Person zu kennen. Für die Auszubildenden zeichnet sich ein weniger eindeutiges Bild, hier lassen sich im Großen und Ganzen keine Unterschiede nach soziodemographischen Merkmalen nachweisen – die einzige Ausnahme stellt die Kategorie „Einkommen“ dar, wobei Auszubildende mit einem geringeren Einkommen eine höhere Bereitschaft zur Inanspruchnahme professioneller Hilfe äußern.

4.4 Bedarfe und Ausblick

Die Befunde dieser Studie unterstreichen verschiedene Ansatzpunkte für Interventionen:

- **Steigerung der psychischen Gesundheitskompetenz der Bevölkerung**, bspw. durch Maßnahmen schulischer Gesundheitskompetenz, durch die Verbesserung der Informationslandschaft zur Thematik „psychischer Gesundheit“ – insbesondere mit Blick auf Transparenz und Verlässlichkeit der Informationen
- Aufbau von **Wissen** in der Bevölkerung **über Krankheiten, das Hilfesystem, Anlaufstellen für Hilfe**
- **Abbau von stigmatisierenden Einstellungen** in der Bevölkerung – gegenüber entsprechenden Krankheitsbildern, betroffenen Personen und der Hilfesuche
- **Abbau von Unterschieden in der Ausprägung der psychischen Gesundheitskompetenz** zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen

5 Handlungsempfehlungen

5.1 Handlungsempfehlungen Wissenschaft

- Neben den nun vorliegenden Studien zur Allgemeinbevölkerung und zu Azubis sind weitere Populationen gezielt zu untersuchen, um passgenaue Angebote zu entwickeln.
- Aufbau eines Monitorings zur regelmäßigen Messung der psychischen Gesundheitskompetenz inklusive eines objektiven Messverfahrens.
- Verbesserung der Evidenzlage bzgl. langfristiger gesundheitsökonomischer Effekte von Prävention psychischer Erkrankungen.

5.2 Handlungsempfehlungen Politik

- Die volkswirtschaftlichen Kosten psychischer Erkrankungen sind enorm. Eine Steigerung der psychischen Gesundheitskompetenz muss deshalb im Bildungssystem auf der Bundes- und Länderebene in der Vorschul-, Schul- und Erwachsenenbildung umgesetzt werden.
- Gemäß dem Ansatz der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zu Health in All Policies gehören diese Themen auf die interministerielle Agenda: psychische Gesundheit, psychische Erkrankungen, psychische Gesundheitskompetenz, Entstigmatisierung.
- Umsetzung von Gesetzesinitiativen, die die Prävention psychischer Erkrankungen fördern bzw. bestehende Gesetze nutzen und ergänzen, statt nur auf Behandlung von Symptomen zu setzen.
- Initiierung von Kampagnen zur Entstigmatisierung, die einen Fokus auf die Aufklärung zu konkreten psychischen Erkrankungen, deren Risikofaktoren, Symptomatik, Behandlung und Prävention sowie insbesondere auf den Zugang zum Gesundheitssystem legen.

5.3 Handlungsempfehlungen Praxis

- Es müssen in Bezug auf mentale Gesundheit ausreichende Angebote zur Steigerung der Kommunikationskompetenz für Gesundheitsprofessionen zur Verfügung gestellt werden, sodass Betroffene deutlich früher erkannt werden und damit bereits vor Symptomverstärkung bzw. Eintreten einer Chronifizierung Unterstützung erfahren.
- Ein relevanter Teil von Menschen mit psychischen Erkrankungen wie der Depression werden in der Hausarztpraxis versorgt. Die Kenntnisse dieser Erkrankungen wie auch ihre Diagnostik sollten in der Ausbildung vertieft werden.
- Der Leitfaden Prävention der gesetzlichen Krankenkassen ist um die Prävention psychischer Erkrankungen zu ergänzen.
- Die Teilzeit-Krankschreibung nach skandinavischem Vorbild kann für psychische Erkrankungen nicht nur zum Wiedereinstieg ein vielversprechendes Konzept sein.

5.4 Handlungsempfehlungen Gesellschaft

- Angesichts des Ausmaßes psychischer Erkrankungen ist ein kultureller Wandel erforderlich, um die Tabuisierung und Stigmatisierung zu stoppen.
- Die Kenntnisse von Hilfenetzen und -einrichtungen vor Ort zur Behandlung und Früherkennung ermöglichen sowohl im Familien- und Bekanntenkreis wie auch am Arbeitsplatz ein schnelles und kompetentes Handeln.
- Anzustreben ist eine aufeinander zugehende und offene Kommunikation, in der eigene Erfahrungen berichtet, Symptome angesprochen und auch Themen wie Suizidalität nicht ausgespart bleiben.
- Am Arbeitsplatz sind Rahmenbedingungen zu schaffen, die über eine offene und vorurteilsfreie Kommunikation eine Früherkennung und Unterstützung von psychisch erkrankten Personen ermöglichen.

5.5 Handlungsempfehlungen Medien

- Eine normalisierende, intensive und kontinuierliche Aufklärung über alle Symptomgruppen hinweg ist eine wesentliche Grundlage, um der Stigmatisierung entgegenzuwirken.
- Positive Berichterstattung: keine dramatischen Bilder und Narrativen, sondern Modelle gesunden psychischen Verhaltens vorstellen.
- Zielgruppenspezifische Angebote mit Lotsenfunktion und zur vereinfachten Bewertung der Informationen etablieren.
- Verlässliche, evidenzbasierte Informationen müssen laienverständlich und in unterschiedlichen Formaten wie Videos und Podcasts zugänglich sein, um auch Menschen mit geringer Leseaffinität und Literalität zu erreichen. Erwachsene lernen am erfolgreichsten über Microlearnings, also sehr kurze, aber regelmäßige Lerneinheiten.

6 Literaturverzeichnis

Campos, Luísa; Dias, Pedro; Palha, Filipa; Duarte, Ana; Veiga, Elisa (2016): Desarrollo y propiedades psicométricas de un nuevo cuestionario de evaluación de alfabetización en salud mental en jóvenes. In: *Univ Psychol* 15 (2), S. 61. DOI: 10.11144/Javeriana.upsy15-2.dppq.

Dias, Pedro; Campos, Luísa; Almeida, Helena; Palha, Filipa (2018): Mental Health Literacy in Young Adults: Adaptation and Psychometric Properties of the Mental Health Literacy Questionnaire. In: *International journal of environmental research and public health* 15 (7). DOI: 10.3390/ijerph15071318.

Edelmann, A.; Eppelmann, L.; Rückert, B.; Wessa, M. (2023): Übersetzung und Validierung des Mental Health Literacy questionnaire (MHLq) zur Erfassung der mentalen Gesundheitskompetenz im Kindes- und Jugendalter. präsentiert auf dem 2. Deutschen Psychotherapiekongress. Berlin, Mai 2023.

Hammer, Joseph H.; Vogel, David L. (2013): Assessing the utility of the willingness/prototype model in predicting help-seeking decisions. In: *Journal of counseling psychology* 60 (1), S. 83–97. DOI: 10.1037/a0030449.

Hess, Timothy R.; Tracey, Terence J. G. (2013): Psychological Help-Seeking Intention Among College Students Across Three Problem Areas. In: *Jour of Counseling & Develop* 91 (3), S. 321–330. DOI: 10.1002/j.1556-6676.2013.00100.x.

Hurrelmann, Klaus; Klinger, Julia; Schaeffer, Doris (2020a): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland: Vergleich der Erhebungen 2014 und 2020.

Hurrelmann, Klaus; Klinger, Julia; Schaeffer, Doris (2020b): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland: Vergleich der Erhebungen 2014 und 2020. Universität Bielefeld, Bielefeld. Hg. v. Universität Bielefeld.

Jorm, A. F. (2000): Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. In: *Br J Psychiatry* 177 (05), S. 396–401. DOI: 10.1192/bjp.177.5.396.

Jorm, Anthony F. (2019): The concept of mental health literacy. In: Orkan Okan, Ullrich Bauer, Diane Levin-Zamir, Paulo Pinheiro und Kristine Sørensen (Hg.): International handbook of health literacy. Research, practice and policy across the lifespan. Bristol, UK: Policy Press, S. 53–66.

Klasen, Fionna; Reiß, Franziska; Otto, Christiane; Haller, Anne-Catherine; Meyrose, Ann-Katrin; Barthel, Dana; Ravens-Sieberer, Ulrike (2017): Die BELLA-Studie – das Modul zur psychischen Gesundheit in KiGGS Welle 2. In: *Journal of Health Monitoring* (2(S3)), S. 55–65. DOI: 10.17886/RKI-GBE-2017-103.

König, Lars; Hamer, Tim; Suhr, Ralf (2023): Die psychische Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. In: *Präv Gesundheitsf*. DOI: 10.1007/s11553-023-01079-8.

Kutcher, Stan; Bagnell, Alexa; Wei, Yifeng (2015): Mental health literacy in secondary schools: a Canadian approach. In: *Child and adolescent psychiatric clinics of North America* 24 (2), S. 233–244. DOI: 10.1016/j.chc.2014.11.007.

Mauz, Elvira; Eicher, Sophie; Peitz, Diana; Junker, Stephan; Hölling, Heike; Thom, Julia (2021): Psychische Gesundheit der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland während der COVID-19-Pandemie. Ein Rapid-Review. DOI: 10.25646/9178.2.

Mauz, Elvira; Walther, Lena; Junker, Stephan; Kersjes, Christina; Damerow, Stefan; Eicher, Sophie et al. (2023): Time trends in mental health indicators in Germany's adult population before and during the COVID-19 pandemic. In: *Frontiers in public health* 11, S. 1065938. DOI: 10.3389/fpubh.2023.1065938.

Mo, Phoenix K. H.; Mak, Winnie W. S. (2009): Help-seeking for mental health problems among Chinese: the application and extension of the theory of planned behavior. In: *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 44 (8), S. 675–684. DOI: 10.1007/s00127-008-0484-0.

Nübling, M.; Stößel, U.; Hasselhorn, H.-M.; Michaelis, M.; Hofmann, F. (2005): Methoden zur Erfassung psychischer Belastungen. Erprobung eines Messinstrumentes (COPSOQ) ; [Abschlussbericht zum Projekt "Methoden zur Erfassung psychischer Belastungen - Erprobung eines Messinstrumentes (COPSOQ)" - Projekt F 1885. Bremerhaven: Wirtschaftsverl. NW Verl. für Neue Wiss (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin Forschung, 1058).

Okan, Orkan; Bollweg, Torsten Michael; Berens, Eva-Maria; Hurrelmann, Klaus; Bauer, Ullrich; Schaeffer, Doris (2020): Coronavirus-Related Health Literacy: A Cross-Sectional Study in Adults during the COVID-19 Infodemic in Germany. In: *International journal of environmental research and public health* 17 (15). DOI: 10.3390/ijerph17155503.

Pelikan, Jürgen M.; Link, Thomas; Straßmayr, Christa; Waldherr, Karin; Alfers, Tobias; Bøggild, Henrik et al. (2022): Measuring Comprehensive, General Health Literacy in the General Adult Population: The Development and Validation of the HLS19-Q12 Instrument in Seventeen Countries. In: *International journal of environmental research and public health* 19 (21). DOI: 10.3390/ijerph192114129.

Robert Koch-Institut Dashboard (2024): Mental Health Surveillance. Beobachtungen der psychischen Gesundheit der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland. Online (27.11.2024: https://public.data.rki.de/t/public/views/hf-MHS_Dashboard/Dashboard?%3Aembed=y&%3AisGuestRedirectFromVizportal=y.

Schaeffer, Doris; Hurrelmann, Klaus; Bauer, U.; Kolpatzik, K. (Hg.) (2018): Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. Berlin: Kompart.

Schaeffer, Doris; Vogt, Dominique; Berens, Eva-Maria; Hurrelmann, Klaus (2016a): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Ergebnisbericht: Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften.

Schaeffer, Doris; Vogt, Dominique; Berens, Eva-Maria; Hurrelmann, Klaus (2016b): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Ergebnisbericht: Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften.

Sørensen, Kristine; van den Broucke, Stephan; Fullam, James; Doyle, Gerardine; Pelikan, Jürgen; Slonska, Zofia; Brand, Helmut (2012): Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. In: *BMC public health* 12, S. 80. DOI: 10.1186/1471-2458-12-80.

Sørensen, Kristine; van den Broucke, Stephan; Pelikan, Jürgen M.; Fullam, James; Doyle, Gerardine; Slonska, Zofia et al. (2013): Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). In: *BMC public health* 13, S. 948. DOI: 10.1186/1471-2458-13-948.

Soucek, R.; Pauls, N.; Ziegler, M.; Schlett, C. (2015): Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung resilienten Verhaltens bei der Arbeit. In: *Wirtschaftspsychologie* 17, S. 13–22.

The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL (2021a): International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS19) of M-POHL. Hg. v. Austrian National Public Health Institute. Wien.

The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL (2021b): International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS19) of M-POHL. Hg. v. Austrian National Public Health Institute. Wien.

Thom, Julia; Walther, Lena; Eicher, Sophie; Hölling, Heike; Junker, Stephan; Peitz, Diana et al. (2023): Mental Health Surveillance am Robert Koch-Institut – Strategien zur Beobachtung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 66 (4), S. 379–390. DOI: 10.1007/s00103-023-03678-4.

Thompson, Richard (2009): The impact of early mental health services on the trajectory of externalizing behavioral problems in a sample of high-risk pre-adolescent children. In: *Children and Youth Services Review* 31 (1), S. 16–22. DOI: 10.1016/j.childyouth.2008.05.004.

Topp, Christian Winther; Østergaard, Søren Dinesen; Søndergaard, Susan; Bech, Per (2015): The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. In: *Psychotherapy and psychosomatics* 84 (3), S. 167–176. DOI: 10.1159/000376585.

Wulf, Ines Catharina; Ruhle, Sascha Alexander (2020): Psychische Gesundheitskompetenz am Arbeitsplatz. In: *Diagnostica* 66 (1), S. 50–61. DOI: 10.1026/0012-1924/a000237.

7 Anhang

7.1 Psychische Gesundheitskompetenz von Menschen in Deutschland

7.1.1 MHLS-GER-Q24 – Interne Konsistenz

(Sub-)skala	Itemanzahl	Cronbachs Alpha
Gesamt	24	0,956
Krankheitsversorgung	8	0,900
Krankheitsprävention	8	0,898
Gesundheitsförderung	8	0,878
Finden	5	0,799
Verstehen	6	0,854
Beurteilen	7	0,881
Anwenden	6	0,834

Tabelle 11: MHLS-GER-Q24 - Interne Konsistenz

7.1.2 MHLS-GER-Q24 – Mittelwerte, p-Werte, d-Werte

Indikator	Wertebereich (theoretisch)	Wertebereich (beobachtet)	Mittelwert	Standardabweichung
Mittelwert	1-4	1-4	2,42	0,56
p-Wert (Mittelwert transformiert auf 0-100)	0-100	0-100	47,3	18,82
d-Wert (Anteil der Antworten „eher einfach“ und „sehr einfach“)	0-100	0-100	45,7	29,77

Tabelle 12: MHLS-GER-Q24 - Mittelwerte, p-Werte, d-Werte

7.1.3 MHLS-GER-Q24 – Unterschiede nach soziodemographischen Merkmalen

		M	GK-Niveaus in % „inadäquat“	„problematisch“	„ausreichend“	„Exzellent“
Gesamt						
Geschlecht	Weiblich	47,77	62,2	23,8	8,9	5,1
	Männlich	46,88	62,1	24	9,7	4,2
	p (t-Test, two-sided)	0,650				
Alter	18-29 Jahre	48,64	59,4	27,7	10,4	2,6
	30-44 Jahre	46,71	61,7	25,4	8,3	4,7
	45-59 Jahre	47,63	62,6	22,6	8,7	6,0
	60+ Jahre	46,71	64,1	21,3	9,8	4,9
	p (ANOVA)	0,414				
Bildung	Niedrige	45,65	65,0	22,9	7,9	4,2
	Mittlere	46,95	63,7	21,6	9,5	5,2
	hohe	48,68	59,2	26,6	10,0	4,3
	p (ANOVA)	**<0,05**				
Migrationshintergrund	Nein	47,89	60,3	24,8	9,6	5,2
	Ja	45,75	67,7	20,9	8,4	3
	p (t-Test, two-sided)	**0,04**				
Einkommen	Bis 1499	48,40	60,7	24,1	9,5	5,7
	1500 – 2499	46,69	64,6	23,0	6,7	5,7
	2500 – 3999	45,82	66,1	21,3	8,1	4,4
	4000€ +	48,44	57,8	26,6	12,3	3,2
	p (ANOVA)	0,091				
Bundesland	„Alte“ Bundesländer	46,53	64,4	22,9	8,2	4,4
	„Neue“ Bundesländer	49,79	56,1	26,1	12,6	5,2
	p (t-Test, two-sided)	**0,006**				
Beschäftigungsstatus	Vollzeit	47,88	59,7	26,7	9,4	4,2
	Teilzeit	48,71	61,2	22,3	9,6	6,9
	Momentan arbeitslos	42,87	66,4	23,8	9,0	0,8
	Im Haushalt tätig	47,12	67,8	14,1	12,8	5,3
	Schule/Studium	48,65	59,2	27,1	12,5	1,8
	In Rente/Pension	46,6	65,0	20,9	8,8	5,4
	In Elternzeit/Mutterschutz	41,0	80	20	0	0
	p (ANOVA)	0,057				
Chronische Erkrankung	Nein	48,78	59,7	25,3	10,3	4,7
	Ja	46,23	64,1	22,5	8,6	4,7
	p (t-Test, two-sided)	**0,004**				

Tabelle 13: MHLS-GER-Q24 - Unterschiede nach soziodemographischen Merkmalen

7.1.4 MHLS-GER-Q24 – Die einzelnen Items im Überblick

	#	Wie einfach oder schwierig ist es für Sie…	Sehr schwierig	Eher Schwierig	Eher einfach	Sehr einfach
B-KP	14	…zu beurteilen, ob die Informationen zu Angeboten zur Bewältigung eines psychischen Problems frei von kommerziellem Interesse sind?	22,2	46,9	24,3	6,6
B-KB	5	…zu beurteilen, wann eine professionelle Einschätzung für Anzeichen von psychischen Erkrankungen nötig wäre?	18,8	49,5	24,2	7,5
B-KB	6	…zu beurteilen, ob Informationen über psychische Erkrankungen in den Medien vertrauenswürdig sind?	19,8	48,5	24,4	7,4
B-GF	21	…den Wahrheitsgehalt von Informationen über psychische Gesundheit zu beurteilen?	18	48,9	26,4	6,7
B-KP	13	…zu beurteilen, ob Sie professionelle Unterstützung für die Bewältigung eines psychischen Problems benötigen oder nicht?	18,7	46,6	27,1	7,7
A - KP	15	…darauf zu achten, dass die psychischen Belastungen und der Stress in ihrem Alltag nicht überhandnimmt?	19,4	44,7	28,3	7,5
B - KP	12	…einzuschätzen, wie hilfreich Angebote wie Stressmanagement, Konfliktbewältigung, Resilienz Training für Sie sind?	13,7	49,8	28,9	7,6
A - KB	7	…im Fall einer eigenen psychischen Erkrankung Kontakt zu einer professionellen Hilfestelle aufzunehmen?	20,7	39,1	29,5	10,7
A - KB	8	…bei einer psychischen Krise in ihrem sozialen Umfeld Kontakt zu einer professionellen Hilfestelle aufzunehmen?	17,6	41,9	29,8	10,7
F - KP	9	…Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Belastungen zu finden?	15,1	43,6	33,4	7,9
V - KP	11	…Informationen darüber zu verstehen, wie Sie schwierige Situationen gut bewältigen können?	14,8	43,6	34,5	7,1
A - KP	16	…Informationen aus den Medien zu nutzen, um mit psychischen Belastungen umzugehen?	12,4	43,2	35,6	8,9
F - GF	18	…sich über Angebote am Arbeitsplatz zur Verbesserung ihres Wohlbefindens zu informieren?	15,1	40,5	34,2	10,1
A - GF	23	…Ihre Lebensverhältnisse zu beeinflussen, die Auswirkungen auf Ihr Wohlbefinden haben?	12,4	40,9	36,9	9,8
F - KB	2	…bei Anzeichen einer psychischen Erkrankung herauszufinden, wie man professionelle Hilfe erhält?	13,8	36,7	37,7	11,8
V - GF	10	…Informationen über Strategien zur Erhaltung einer guten psychischen Gesundheit zu verstehen?	9,6	38,3	43,6	8,5
F - KB	1	…Informationen über Symptome von psychischen Erkrankungen zu finden?	12,0	36,9	38,9	12,3
V - KP	4	…zu verstehen, was Sie in den Medien über psychische Erkrankungen hören oder lesen?	10,7	38,4	40,9	9,9
V - GF	20	…Medieninformationen darüber zu verstehen, wie Sie Ihr Wohlbefinden verbessern können?	9,3	34,9	45,3	10,5
A - GF	24	…sich an Aktivitäten beteiligen, die sich positiv auf ihr eigenes Wohlbefinden und das Ihrer Mitmenschen auswirken?	9,2	35,3	42,7	12,8
V - KV	3	…zu verstehen, was Ihnen Hausärzt*in, Psychotherapeut*in oder Psychiater*in über psychische Erkrankungen sagen?	6,9	33,6	47,6	11,8

F - GF	17	...herauszufinden, was Ihnen hilft, ausgeglichen und zufrieden zu sein?	7,7	29,4	48,0	14,9
B - GF	22	...zu beurteilen, wie sich Ihre Gewohnheiten und Einstellungen auf Ihr Wohlbefinden auswirken?	5,1	32,2	48,8	14,0
V - GF	19	...zu verstehen, wie Gewohnheiten wie Schlaf, Ernährung und Bewegung sich auf Ihr Wohlbefinden auswirken?	4,6	21,2	54,3	20,0

A = anwenden
B = beurteilen
F = finden
V = verstehen
KP = Krankheitsprävention
KV = Krankheitsversorgung
GF = Gesundheitsförderung

Tabelle 14: MHLS-GER-Q24 - Die einzelnen Items im Überblick

7.1.5 Wissen, Einstellungen und Haltungen zu psychischer Gesundheit - Einzelne Items

#	Subskala	Item	MW	SD
1	Selbsthilfe	Körperliche Betätigung trägt zu einer guten psychischen Gesundheit bei.	3,99	0,84
2	Wissen	Eine Person mit einer Depression fühlt sich sehr elend.	4,11	0,87
3	Wissen	Die meisten Menschen mit Schizophrenie erleben Wahnvorstellungen (z.B. könnten sie glauben, dass sie ständig verfolgt und beobachtet werden).	3,72	0,96
4	Hilfesuche	Wenn ich eine psychische Störung hätte, würde ich bei meiner Verwandtschaft Unterstützung suchen.	3,01	1,18
5	Hilfesuche	Wenn eine mir nahestehende Person eine psychische Störung hätte, würde ich sie/ ihn ermutigen, eine Psychologin / einen Psychologen aufzusuchen.	4,22	0,82
6	Stigma/Stereotypen	Psychische Störungen haben keine Auswirkungen auf das Verhalten[R]	4,08	1,02
7	Selbsthilfe	Guter Schlaf trägt zu einer guten psychischen Gesundheit bei.	4,27	0,80
8	Hilfesuche	Wenn ich eine psychische Störung hätte, würde ich die Unterstützung einer Psychologin/ eines Psychologen suchen.	3,93	0,97
9	Wissen	Eine Person mit einer Angststörung könnte in Situationen, die sie fürchtet, in Panik geraten.	4,35	0,80
10	Stigma/Stereotypen	Menschen mit psychischen Störungen gehören Familien mit niedrigem Einkommen an[R]	3,98	1,07
11	Stigma/Stereotypen	Wenn eine mir nahestehende Person eine psychische Störung hätte, würde ich ihr/ ihm zuhören, ohne zu urteilen oder zu kritisieren.	4,24	0,82
12	Wissen	Alkoholkonsum kann psychische Störungen verursachen.	4,14	0,84
13	Stigma/Stereotypen	Psychische Störungen haben keine Auswirkungen auf die Gefühle[R]	4,12	1,07
14	Stigma/Stereotypen	Je eher psychische Störungen erkannt und behandelt werden, desto besser.	4,41	0,76
15	Stigma/Stereotypen	Nur Erwachsene haben psychische Störungen[R]	4,38	0,89
16	Wissen	Veränderungen der Gehirnfunktion können zur Entstehung von psychischen Störungen führen.	3,92	0,85
17	Hilfesuche	Wenn eine mir nahestehende Person eine psychische Störung hätte, würde ich sie/ ihn ermutigen, eine Psychiaterin/ einen Psychiater aufzusuchen.	4,15	0,85
18	Hilfesuche	Wenn ich eine psychische Störung hätte, würde ich bei Freunden Unterstützung suchen.	3,26	1,09
19	Selbsthilfe	Eine ausgewogene Ernährung trägt zu einer guten psychischen Gesundheit bei.	3,70	0,89
20	Wissen	Der Verlust von Interesse oder Freude an den meisten Dingen ist ein Symptom der Depression.	4,07	0,85
21	Stigma/Stereotypen	Wenn eine mir nahestehende Person eine psychische Störung hätte, könnte ich nichts tun, um ihr zu helfen. [R]	3,61	1,02
22	Wissen	Die Dauer von Symptomen ist ein wichtiges Kriterium für die Diagnose einer psychischen Störung.	3,75	0,88
23	Stigma/Stereotypen	Depression ist keine echte psychische Störung[R]	4,18	1,06
24	Wissen	Eine Drogenabhängigkeit kann psychische Störungen verursachen.	4,35	0,79
25	Wissen	Psychische Störungen haben Auswirkungen auf die Gedanken.	4,32	0,77
26	Selbsthilfe	Etwas Angenehmes zu tun, trägt zu einer guten psychischen Gesundheit bei.	4,12	0,76
27	Wissen	Eine Person mit Schizophrenie könnte Dinge sehen oder hören, die sonst niemand sieht und hört.	4,09	0,85
28	Wissen	Starke Stresssituationen können psychische Störungen verursachen.	4,26	0,76
29	Hilfesuche	Wenn ich eine psychische Störung hätte, würde ich die Unterstützung einer Psychiaterin/ eines Psychiaters suchen.	3,96	0,97

[R] = Rekodiert – hoher Wert bedeutet ausgeprägte Ablehnung der Aussage

Tabelle 15: Wissen, Einstellungen und Haltungen zu psychischer Gesundheit - Einzelne Items

7.1.6 MHLq – Unterschiede nach soziodemographischen Merkmalen

		MHLq	Wissen	Stigma *	Hilfesuche	Selbsthilfestrategien
		M				
Geschlecht	Weiblich (n=1037)	118,6	45,8	33,8	22,8	16,2
	Männlich (n=965)	114,6	44,3	32,1	22,2	16,0
	t-Test, p	**p<0,001**	**p<0,001**	**p<0,001**	**p<0,001**	n.s.
Alter	18-29 Jahre (n=363)	117,4	45,2	33,4	22,6	16,2
	30-44 Jahre (n=490)	116,3	44,8	32,8	22,6	16,0
	45-59 Jahre (n=502)	117,7	45,5	33,5	22,7	16,0
	60+ Jahre (n=651)	115,9	44,9	32,6	22,3	16,1
	ANOVA, p	n.s.	n.s.	**p=0,01**	n.s.	n.s.
Bildung	Niedrige (n=687)	115,6	44,9	32,7	22,3	15,37
	Mittlere (n=567)	116,4	45,0	32,8	22,5	16,0
	Hohe (n=690)	117,9	45,3	33,4	22,7	16,5
	ANOVA, p	**p=0,04**	n.s.	**p=0,029**	n.s.	**p<.001**
Migrationshintergrund	Nein (n=1508)	116,4	45,0	32,8	22,6	16,0
	Ja (n=468)	117,9	45,7	33,5	22,4	16,3
	t-Test, p	**p=0,036**	**p=0,021**	**p=0,011**	n.s.	**p=0,026**
Einkommen	Bis 1499 (n=412)	115,8	45,1	32,6	22,0	16,0
	1500 – 2499 (n=501)	116,4	45,2	32,8	22,5	15,9
	2500 – 3999 (n=514)	116,5	45,1	32,9	22,4	16,1
	4000€ + (n=580)	117,7	44,9	33,5	23,0	16,3
	ANOVA, p	n.s.	n.s.	**p=.031**	**p=.002**	n.s.
Bundesland	„Alte“ Bundesländer (n=1650)	116,7	45,1	33,1	22,5	16
	„Neue“ Bundesländer (n=276)	116,4	44,8	32,8	22,5	16,3
	t-Test, p	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	**p=.043**
Beschäftigungsstatus	Vollzeit (n=746)	116,3	44,8	32,8	22,5	16,1
	Teilzeit (n=267)	117,8	45,6	33,3	22,7	16,2
	Momentan arbeitslos (n=115)	115,9	45,2	33,0	21,7	16,0
	Im Haushalt tätig (n=70)	114,9	44,4	32,7	22,0	15,8
	Schule/Studium (n=136)	119,4	45,7	34,3	23,0	16,4
	In Rente/Pension (n=609)	116,4	45,1	32,8	22,5	16,0
	In Elternzeit/Mutterschutz (n=33)	120,0	46,3	34,3	23,1	16,3
	ANOVA, p	**p=0,043**	n.s.	**p=0,031**	n.s.	n.s.
Chronische Erkrankung	Nein (n=870)	115,1	44,2	32,4	22,3	16,2
	Ja (n=1092)	118,1	45,8	33,5	22,8	16,0
	t-Test, p	**p<0,001**	**p<0,001**	**p<0,001**	**p=0,016**	**p=0,013**
Bekanntschaft mit betroffener Person	Nein (n=571)	111,6	43,0	30,6	22,1	15,9
	Ja (n=1326)	119,3	46,1	34,1	22,8	16,2
	t-Test, p	**p<0,001**	**p<0,001**	**p<0,001**	**p<0,001**	**p=0,011**
Wohlbefinden (WHO-5)	≤50% (Risiko auf Depression) (n=695)	116,8	45,5	33,9	21,9	15,6
	>50% (n=1312)	116,6	44,9	32,5	22,9	16,3
	t-Test, p	**n.s.**	**p=0,020**	**p<0,001**	**p<0,001**	**p<0,001**

*höhere Werte im Stigma-Bereich bedeuten weniger stigmatisierende Einstellungen

Tabelle 16: MHLq - Unterschiede nach soziodemographischen Merkmalen

7.1.7 Inanspruchnahme nach soziodemographischen Merkmalen

		Mittelwert
Gesamt		5,69
Geschlecht	Weiblich	5,85
	Männlich	5,66
	p (t-Test, two-sided)	**0,002**
Alter	18-29 Jahre	5,48
	30-44 Jahre	5,51
	45-59 Jahre	5,72
	60+ Jahre	6,05
	p (ANOVA)	**<0,001**
Bildung	Niedrige	5,81
	Mittlere	5,74
	hohe	5,70
	p (ANOVA)	0,327
Migrationshintergrund	Nein	5,79
	Ja	5,71
	p (t-Test, two-sided)	p=0,312
Einkommen	Bis 1499	5,67
	1500 – 2499	5,78
	2500 – 3999	5,73
	4000€ +	5,83
	p (ANOVA)	0,338
Bundesland	„Alte“ Bundesländer	5,76
	„Neue“ Bundesländer	5,67
	p (t-Test, two-sided)	p=0,317
Beschäftigungsstatus	Vollzeit	5,62
	Teilzeit	5,71
	Momentan arbeitslos	5,49
	Im Haushalt tätig	5,53
	Schule/Studium	5,63
	In Rente/Pension	6,06
	In Elternzeit/Mutterschutz	5,69
	p (ANOVA)	**<0,001**
Chronische Erkrankung	Nein	5,55
	Ja	5,96
	p (t-Test, two-sided)	**<0,001**
Kenne Person, die psych. Erkrankung hat/hatte	Nein	5,53
	Ja	5,81
	p (t-Test, two-sided)	**<0,001**

Tabelle 17: Inanspruchnahme nach soziodemographischen Merkmalen

7.1.8 Inanspruchnahme, psychische Gesundheitskompetenz und MHLq

Pearson r	MHLS-GER-Q24 Mittelwert	MHLq Summenwert
MHSIS (Inanspruchnahme) Mittelwert	r=0,183; p<0,001	r=,462, p<0,001
MHLS-GER-Q24 Mittelwert		r=,251; p<,001

Tabelle 18: Inanspruchnahme, psychische Gesundheitskompetenz und MHLq

7.1.9 Wohlbefinden nach soziodemographischen Merkmalen

		WHO-5-Wert[MW]	**Anteil mit Risiko auf Depression** (WHO-5-Wert ≤50%) [%]
Geschlecht	Weiblich (n=1037)	55,6	38,7
	Männlich (n=965)	60,2	30,0
	p (t-Test, two-sided)	**p<0,001**	**p<0,001**
Alter	18-29 Jahre (n=363)	53,9	40,1
	30-44 Jahre (n=490)	54,1	40,9
	45-59 Jahre (n=502)	55,7	36,9
	60+ Jahre (n=651)	64,1	25,1
	p (ANOVA)	**p<0,001**	**p<0,001**
Bildung	Niedrige (n=687)	58,7	33,1
	Mittlere (n=567)	56,2	38,1
	Hohe (n=690)	57,9	33,8
	p (ANOVA)	n.s.	n.s.
Migrationshintergrund	Nein (n=1508)	58,9	33,2
	Ja (n=468)	54,0	39,8
	p (t-Test, two-sided)	**p<0,001**	**p=0,011**
Einkommen	Bis 1499 (n=412)	52,8	44,9
	1500 – 2499 (n=501)	57,1	38,1
	2500 – 3999 (n=514)	59,0	31,4
	4000€ + (n=580)	60,7	27,2
	p (ANOVA)	**p<0,001**	**p<0,001**
Bundesland	„Alte“ Bundesländer (n=1650)	57,8	39,3
	„Neue“ Bundesländer (n=276)	58,1	34,0
	p (t-Test, two-sided)	n.s.	n.s.
Beschäftigungsstatus	Vollzeit (n=746)	59,2	30,4
	Teilzeit (n=267)	55,2	38,3
	Momentan arbeitslos (n=115)	45,1	54,4
	Im Haushalt tätig (n=70)	52,1	47,0
	Schule/Studium (n=136)	54,3	42,7
	In Rente/Pension (n=609)	61,2	31,1
	In Elternzeit/Mutterschutz (n=33)	53,8	32,0
	p (ANOVA)	**p<0,001**	**p<0,001**
Chronische Erkrankung	Nein (n=870)	63,6	24,0
	Ja (n=1092)	53,5	42,3
	p (t-Test, two-sided)	**p<0,001**	**p<0,001**
Bekanntschaft mit betroffener Person	Nein (n=571)	70,3	13,8
	Ja (n=1326)	52,5	43,3
	p (t-Test, two-sided)	**p<0,001**	**p<0,001**
Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand	Schlecht oder sehr schlecht (n=257)	30,7	81,1
	Mittelmäßig (n=747)	50,4	48,0
	Gut oder Sehr gut (n=1003)	70,1	12,8
	p (ANOVA)	**p<0,001**	**p<0,001**

Tabelle 19: Wohlbefinden nach soziodemographischen Merkmalen

7.1.10 Gesundheitsstatus nach soziodemographischen & weiteren Merkmalen

		MW (1 = sehr schlecht; 5 = sehr gut)	Schlecht/sehr schlecht	Mittel-mäßig	Sehr gut/gut
Geschlecht	Weiblich (n=1037)	3,39	13,1	39,2	47,7
	Männlich (n=965)	3,47	12,3	35,0	52,7
	p (t-Test, two-sided)	**p=0,035**			
Alter	18-29 Jahre (n=363)	3,63	8,1	30,3	61,6
	30-44 Jahre (n=490)	3,55	10,3	33,0	56,7
	45-59 Jahre (n=502)	3,34	15,5	39,0	45,5
	60+ Jahre (n=651)	3,28	15,2	42,8	42,0
	p (ANOVA)	**p<0,001**			
Bildung	Niedrige (n=687)	3,25	18,6	39,7	41,7
	Mittlere (n=567)	3,38	13,0	40,1	46,9
	Hohe (n=690)	3,62	7,6	31,6	60,8
	p (ANOVA)	**p<0,001**			
Migrationshin-tergrund	Nein (n=1508)	3,43	12,9	36,1	51,0
	Ja (n=468)	3,39	12,8	40,5	46,7
	p (t-Test, two-sided)	n.s.			
Einkommen	Bis 1499 (n=412)	3,11	22,9	42,9	34,2
	1500 – 2499 (n=501)	3,31	13,2	45,0	41,8
	2500 – 3999 (n=514)	3,54	9,4	35,4	55,2
	4000€ + (n=580)	3,65	8,2	28,1	63,7
	p (ANOVA)	**p<0,001**			
Bundesland	„Alte“ Bundesländer (n=1650)	3,40	13,5	37,7	48,8
	„Neue“ Bundesländer (n=276)	3,49	10,6	34,6	54,8
	p (t-Test, two-sided)	**n.s.**			
Beschäfti-gungsstatus	Vollzeit (n=746)	3,66	6,5	31,5	61,9
	Teilzeit (n=267)	3,46	9,5	41,6	48,9
	Momentan arbeitslos (n=115)	2,91	30,0	44,8	25,2
	Im Haushalt tätig (n=70)	3,44	11,0	45,0	44,0
	Schule/Studium (n=136)	3,76	5,1	24,2	70,7
	In Rente/Pension (n=609)	3,14	21,2	41,9	36,9
	In Elternzeit/Mutterschutz (n=33)	3,66	2,3	32,0	65,7
	p (ANOVA)	**p<0,001**			
Chronische Erkrankung	Nein (n=870)	3,89	1,5	21,4	77,1
	Ja (n=1092)	3,06	21,9	49,2	29,0
	p (t-Test, two-sided)	**p<0,001**			
Psychische Gesundheits-kompetenz	„inadäquat“ (n=1122)	3,29	15,8	41,7	42,6
	„problematisch“ (n=430)	3,55	8,9	31,1	59,9
	„ausreichend“ (n=167)	3,78	7,5	25,0	67,5
	„exzellent“ (n=84)	3,66	10,2	36,0	53,8
	p (ANOVA)	**p<0,001**			

Tabelle 20: Gesundheitsstatus nach soziodemographischen und weiteren Merkmalen

7.1.11 Psychische Gesundheitskompetenz nach chronischer Erkrankung

		psychische Gesundheitskompetenz				
		p-Wert	**„Inadäquat“**	**„Problematisch“**	**„Ausreichend“**	**„Exzellent“**
Chronische Erkrankung	Nein	48,8	59,7	25,3	10,3	4,7
	Ja	46,2	64,1	22,5	8,6	4,7
	p (t-Test, two-sided	**p=0,005**				
Einschränkung durch chron. Erkrankung	Gar nicht (n=181)	51,2	57,9	25,6	8,9	7,7
	Mäßig (n=614)	45,8	64,4	22,8	8,7	4,1
	Stark (n=192)	42,8	69,3	18,5	8,1	4,2
	p (ANOVA)	**p<0,001**				

Tabelle 21: Psychische Gesundheitskompetenz nach chronischer Erkrankung

7.2 Psychische Gesundheitskompetenz von Auszubildenden in Deutschland

7.2.1 MHLS-GER-Q24 – Interne Konsistenz

Subskala	Itemanzahl	Cronbachs Alpha
Gesamt	24	,930
Krankheitsversorgung	8	,825
Krankheitsprävention	8	,822
Gesundheitsförderung	8	,793
Finden	5	,695
Verstehen	6	,750
Bewerten	7	,812
Anwenden	6	,750

Tabelle 22: Auszubildende - MHLS-GER-Q24 - Interne Konsistenz

7.2.2 MHLS-GER-Q24 – Mittelwerte und Niveaus

Indikator	Wertebereich max	Wertebereich beobachtet	Mittelwert	Standardabweichung
Mittelwert	1-4	1,33-4	2,60	0,53
p-Wert (Mittelwert transformiert auf 0-100)	0-100	11,11-100	53,44	17,59
d-Wert (Anteil der Antworten „eher einfach“ und „sehr einfach“)	0-100	0-100	55,57	25,80

Tabelle 23: Auszubildende - MHLS-GER-Q24 - Mittelwerte, p-Werte, d-Werte

7.2.3 MHLS-GER-Q24 – Unterschiede nach soziodemographischen Merkmalen

			psyGK-Niveaus in %			
		p-Wert	**„inadäquat“**	**„problematisch“**	**„ausreichend“**	**„Exzellent“**
Gesamt						
Geschlecht	Weiblich	51,94	51,2	29,6	14,1	5,1
	Männlich	56,47	38,4	38,4	16,9	6,4
	p (t-Test, two-sided)	<0,01				
Alter	18-19 Jahre	53,92	43,3	38,2	15,7	2,8
	20-22 Jahre	51,83	54,4	24,1	14,6	7,0
	23+ Jahre	54,64	42,1	36,4	14,3	7,1
	p (ANOVA)	p=0,350				
Bildung	Niedrige	54,76	46,4	32,0	13,4	8,2
	Mittlere	56,50	37,8	36,6	17,4	8,1
	hohe	50,42	53,4	30,9	13,7	2,0
	p (ANOVA)	**<0,01**				
Migrationshintergrund	Nein	53,16	45,7	34,0	15,8	4,4
	Ja	54,46	48,2	30,4	13,4	8,0
	p (t-Test, two-sided)	p=0,498				
Einkommen	Bis 1499	55,81	38,8	36,9	17,5	6,8
	1500 – 2499	52,19	51,1	29,5	17,0	2,3
	2500 – 3999	49,31	54,2	33,3	9,7	2,8
	4000€ +	52,69	52,7	28,2	11,8	7,3
	p (ANOVA)	**<0,05**				
Bundesland	„Alte“ Bundesländer	52,84	49,3	30,7	14,3	5,7
	„Neue“ Bundesländer	56,10	38,7	36,6	20,4	4,3
	p (t-Test, two-sided)	p=0,115				
Chronische Erkrankung	Nein	53,56	46,0	36,0	13,4	4,6
	Ja	53,88	46,6	28,3	18,3	6,8
	p (t-Test, two-sided)	0,850				

Tabelle 24: Auszubildende - MHLS-GER-Q24 - Unterschiede nach soz.-dem. Merkmalen

7.2.4 MHLS-GER-Q24 – Die einzelnen Items im Überblick

	#	Wie einfach oder schwierig ist es für Sie...	Sehr schwierig	Eher Schwierig	Eher einfach	Sehr einfach
A - KP	15	...darauf zu achten, dass die psychischen Belastungen und der Stress in ihrem Alltag nicht überhandnimmt?	21,0	33,8	30,2	15,1
B- KP	14	...zu beurteilen, ob die Informationen zu Angeboten zur Bewältigung eines psychischen Problems frei von kommerziellem Interesse sind?(z.B. Internet inkl. sozialer Medien, Fernsehen, Zeitungen oder Zeitschriften)	12,7	40,3	32,5	14,4
B- GF	21	...den Wahrheitsgehalt von Informationen über psychische Gesundheit zu beurteilen?	13,3	37,0	32,3	17,3
B- KP	13	zu beurteilen, ob Sie professionelle Unterstützung für die Bewältigung eines psychischen Problems benötigen oder nicht?	14,0	36,1	34,6	15,3
A - KB	7	...im Fall einer eigenen psychischen Erkrankung Kontakt zu einer professionellen Hilfestelle aufzunehmen?	17,2	32,8	33,2	16,8
A - KB	8	...bei einer psychischen Krise in ihrem sozialen Umfeld Kontakt zu einer professionellen Hilfestelle aufzunehmen?	18,0	31,0	34,6	16,4
V - KP	11	...Informationen darüber zu verstehen, wie Sie schwierige Situationen gut bewältigen können?	15,8	33,3	36,6	14,3
F - GF	18	...sich über Angebote am Arbeitsplatz zur Verbesserung ihres Wohlbefindens zu informieren?	15,3	33,8	36,6	14,4
B- KB	5	...zu beurteilen, wann eine professionelle Einschätzung für Anzeichen von psychischen Erkrankungen nötig wäre?	15,8	32,8	34,0	17,4
B- KB	6	...zu beurteilen, ob Informationen über psychische Erkrankungen in den Medien vertrauenswürdig sind?	15,0	33,2	37,6	14,2
F - KP	9	...Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Belastungen zu finden?	11,2	35,7	38,4	14,8
A - GF	23	...Ihre Lebensverhältnisse zu beeinflussen, die Auswirkungen auf Ihr Wohlbefinden haben?	13,4	32,8	39,7	14,2
B - KP	12	...einzuschätzen, wie hilfreich Angebote wie Stressmanagement, Konfliktbewältigung, Resilienz Training für Sie sind?	13,4	32,2	37,6	16,8
F - KB	2	...bei Anzeichen einer psychischen Erkrankung herauszufinden, wie man professionelle Hilfe erhält?	12,8	30,8	36,8	19,7
A - KP	16	...Informationen aus den Medien zu nutzen, um mit psychischen Belastungen umzugehen?	13,1	30,1	39,6	17,2
V - GF	10	...Informationen über Strategien zur Erhaltung einer guten psychischen Gesundheit zu verstehen?	8,4	34,2	40,5	16,8
A - GF	24	...sich an Aktivitäten beteiligen, die sich positiv auf ihr eigenes Wohlbefinden und das Ihrer Mitmenschen auswirken?	12,0	28,8	40,8	18,5
F - GF	17	...herauszufinden, was Ihnen hilft, ausgeglichen und zufrieden zu sein?	11,0	28,3	40,8	19,8
V - GF	20	...Medieninformationen darüber zu verstehen, wie Sie Ihr Wohlbefinden verbessern können?	9,7	29,0	44,5	16,8
V - KP	4	...zu verstehen, was Sie in den Medien über psychische Erkrankungen hören oder lesen?	8,4	29,6	42,1	19,9
V - KV	3	...zu verstehen, was Ihnen Hausärzt*in, Psychotherapeut*in oder Psychiater*in über psychische Erkrankungen sagen?	9,7	27,6	40,8	21,8

F - KB	1	...Informationen über Symptome von psychischen Erkrankungen zu finden?	8,8	25,7	42,9	22,6
	22	...zu beurteilen, wie sich Ihre Gewohnheiten und Einstellungen auf Ihr Wohlbefinden auswirken?	8,2	26,4	45,8	19,7
	19	...zu verstehen, wie Gewohnheiten wie Schlaf, Ernährung und Bewegung sich auf Ihr Wohlbefinden auswirken?	8,7	20,3	41,3	29,7

Tabelle 25: Auszubildende - MHLS-GER-Q24 - Die einzelnen Items im Überblick

7.2.5 MHLq – Unterschiede nach soziodemographischen Merkmalen

Mittelwert von MHL nach Geschlecht, Alter und Bildung						
		MHLq	**Wissen**	**Stigma ***	**Hilfesuche**	**Selbsthilfest-rategien**
		M				
Geschlecht	Weiblich (n=311)	111,09	42,96	30,58	22,28	15,27
	Männlich (n=182)	108,04	44,75	27,53	22,21	15,54
	p (t-Test, two-sided)	**p = 0,03**	n.s.	**p<.001**	n.s.	n.s.
Alter	18-19 Jahre	108,5	42,5	28,9	22,1	14,8
	20-22 Jahre	110,7	42,7	29,8	22,5	15,6
	23+ Jahre	111,05	43,5	29,5	22,02	15,7
	p (ANOVA)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	**P=.015**
Bildung	Niedrige	104,4	41,5	26,9	21,5	14,5
	Mittlere	111,9	43,4	29,8	22,9	15,8
	hohe	111,4	43,2	30,5	22,2	15,5
	p (ANOVA)	**p<.001**	**P=0.038**	**p<.001**	**P=0.011**	**p<.001**
Migrationshin-tergrund	Nein (n=359)	110,19	42,94	29,52	22,41	15,3
	Ja (n=114)	111,76	43,72	29,95	22,25	15,8
	p (ANOVA)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Einkommen	Bis 1499€ (n=215)	110,15	42,9	29,1	22,53	15,6
	1500 – 2499€ (n=90)	105,5	41,3	27,6	21,7	14,9
	2500 – 3999€ (n=73)	110,4	43,4	30,35	21,02	15,6
	4000€ + (n=112)	112,8	43,6	31,05	22,9	15,2
	p (ANOVA)	**P=.008**	n.s.	**P=.003**	**P=.004**	n.s.
Jemanden mit psychischer Erkrankung kennen	nein	102,7	40,3	25,9	21,8	14,7
	ja	113	44,02	30,8	22,6	15,7
	p (t-Test, two-sided)	**p<.001**	**p<.001**	**p<.001**	n.s.	**P=.002**
Chronische Erkrankung	ja	110	43,4	29,3	22,2	15,2
	nein	110,6	42,8	29,8	22,4	15,5
	p (t-Test, two-sided)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
*höhere Werte im Bereich Stigma sind mit weniger stigmatisierenden Einstellungen gleichzusetzen						

Tabelle 26: Auszubildende - MHLq nach soziodemographischen Merkmalen

7.2.6 Inanspruchnahme nach soziodemographischen Merkmalen

		Mittelwert
Gesamt		5,44
Geschlecht	Weiblich	5,47
	Männlich	5,36
	t-Test, p	0,389
Alter	18-19 Jahre	5,40
	20-22 Jahre	5,50
	23+ Jahre	5,40
	ANOVA, p	0,715
Bildung	Niedrige	5,19
	Mittlere	5,57
	hohe	5,47
	ANOVA, p	0,071
Migrationshinter-grund	Nein	5,43
	Ja	5,55
	t-Test, p	0,403
Einkommen	Bis 1499	5,62
	1500 – 2499	5,24
	2500 – 3999	5,11
	4000€ +	5,45
	ANOVA, p	**<0,05**
Bundesland	„Alte“ Bundes-länder	5,43
	„Neue“ Bundes-länder	5,39
	t-Test, p	0,765

Tabelle 27: Auszubildende - Inanspruchnahme-Bereitschaft nach soz.-dem.Merkmalen

7.2.7 Inanspruchnahme, psychische Gesundheitskompetenz und MHLq

Pearson r	MHLS-Q Mittelwert	MHLq Summenwert
MHSIS (Inanspruchnahme) Mittelwert	**r=,308; p<,001**	**r=,385, p<,001**
MHLS-GER-Q24 Mittelwert		r=,231; p<,001

Tabelle 28: Auszubildende - Inanspruchnahme, psychische Gesundheitskomp. und MHLq

7.2.8 Wohlbefinden nach soziodemographischen Merkmalen

		WHO-5-Wert [MW]	**Anteil mit Risiko auf Depression** (WHO-5-Wert ≤50%) [%]
Gesamt		54,9	39,6
Geschlecht	Weiblich (n=311)	53,1	44,1
	Männlich (n=182)	59,0	29,7
	p (t-Test, two-sided)	**p=0,001**	**p=0,001**
Alter	18-19 Jahre (n=186)	53,96	40,9
	20-22 Jahre (n=168)	55,17	38,7
	23+ Jahre (n=89)	55,67	39,0
	p (ANOVA)	p=0,728	p=0,905
Bildung	Niedrige (n=105)	54,74	40,0
	Mittlere (n=180)	55,44	39,4
	Hohe (n=211)	54,50	39,3
	p (ANOVA)	p=0,899	p=0,993
Migrationshintergrund	Nein (n=359)	55,58	38,2
	Ja (n=114)	51,93	44,7
	p (t-Test, two-sided)	0,096	0,219
Einkommen	Bis 1499 (n=215)	56,00	40,9
	1500 – 2499 (n=90)	55,52	35,6
	2500 – 3999 (n=73)	50,36	43,8
	4000€ + (n=122)	55,15	37,7
	p (ANOVA)	0,226	0,683
Bundesland	„Alte“ Bundesländer (n=366)	54,78	39,3
	„Neue“ Bundesländer (n=98)	55,88	40,8
	p (t-Test, two-sided)	0,634	0,792
Beschäftigungsstatus	Vollzeit (n=208)	55,65	37,5
	Teilzeit (n=79)	57,22	32,9
	Momentan arbeitslos (n=21)	49,52	47,6
	Im Haushalt tätig (n=7)	58,29	42,9
	Schule/Studium (n=159)	54,49	41,5
	In Rente/Pension (n=3)	52,00	66,7
	In Elternzeit/Mutterschutz (n=4)	48,00	75,0
	p (ANOVA)	0,748	0,462
Chronische Erkrankung	Nein (n=277)	57,18	35,0
	Ja (n=197)	52,63	44,2
	p (t-Test, two-sided)	**0,020**	**0,046**
Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand	Schlecht oder sehr schlecht (n=38)	28,95	89,5
	Mittelmäßig (n=171)	45,54	61,4
	Gut oder Sehr gut (n=291)	63,73	20,3
	p (ANOVA)	**<0,001**	**<0,001**

Tabelle 29: Auszubildende - Wohlbefinden nach soziodemographischen Merkmalen

7.2.9 Ausbildungszufriedenheit nach soziodemografischen Merkmalen

		Mittelwert
Gesamt		71,02
Geschlecht	Weiblich	70,84
	Männlich	71,49
	t-Test, p	0,657
Alter	18-19 Jahre	71,54
	20-22 Jahre	71,37
	23+ Jahre	69,96
	ANOVA, p	0,614
Bildung	Niedrige	70,82
	Mittlere	71,13
	hohe	71,28
	ANOVA, p	0,969
Migrationshinter-grund	Nein	71,83
	Ja	69,36
	t-Test, p	0,132
Einkommen	Bis 1499	72,21
	1500 – 2499	70,08
	2500 – 3999	68,49
	4000€ +	71,14
	ANOVA, p	0,315
Bundesland	„Alte“ Bundes-länder	71,49
	„Neue“ Bundes-länder	70,96
	t-Test, p	0,765

Tabelle 30: Auszubildende - Ausbildungszufriedenheit nach soziodemografischen Merkmalen

7.2.10 Resilientes Verhalten nach soziodemographischen Merkmalen

		Mittelwert
Gesamt		5,26
Geschlecht	Weiblich	5,26
	Männlich	5,30
	t-Test, p	0,597
Alter	18-19 Jahre	5,23
	20-22 Jahre	5,31
	23+ Jahre	5,25
	ANOVA, p	0,687
Bildung	Niedrige	5,25
	Mittlere	5,27
	hohe	5,28
	ANOVA, p	0,960
Migrationshinter-grund	Nein	5,28
	Ja	5,31
	t-Test, p	0,747
Einkommen	Bis 1499	5,27
	1500 – 2499	5,15
	2500 – 3999	5,38
	4000€ +	5,27
	ANOVA, p	0,443
Bundesland	„Alte“ Bundes-länder	5,27
	„Neue“ Bundes-länder	5,34
	t-Test, p	0,483

Tabelle 31: Auszubildende - Resilientes Verhalten nach soziodemographischen Merkmalen

Technische Universität München
TUM School of Medicine and Health
Department of Health and Sport Sciences
Professur für Health Literacy
WHO Collaborating Centre for Health Literacy

Georg-Brauchle-Ring 60/62
80992 München
www.hs.mh.tum.de/healthliteracy