



Die allgemeine Gesundheitskompetenz Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse des Panels „Gesundheit in Deutschland“ 2024

Autorinnen und Autoren: Susanne Jordan, Simon Löbl

Institution: Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Berlin

Abstract

Hintergrund: Allgemeine Gesundheitskompetenz (GK) umfasst themen- und kontextübergreifende Fähigkeiten, Motivation und Wissen im Umgang mit Gesundheitsinformationen. Geringe GK ist mit höheren Versorgungsbedarfen und ungünstigen Gesundheitsverhalten assoziiert.

Methode: Mit Daten des RKI-Panels 2024 (n=26.817) soll ein aktueller Überblick über die GK Erwachsener gegeben werden. Die Messung der GK fand mit dem HLS₁₉-Q12 statt. Die gewichteten Analysen erfolgten stratifiziert nach Geschlecht, Alter und Bildung.

Ergebnisse: 81,3% der Frauen und 81,0% der Männer haben eine geringe GK. Im Altersverlauf nimmt der Anteil der Frauen mit geringer GK bis zur Altersgruppe der 65- bis 79-Jährigen tendenziell ab, während bei Männern dieser Trend derart nicht zu beobachten ist. Die Gruppe mit hoher Bildung weist bei beiden Geschlechtern den niedrigsten Anteil an geringer GK auf.

Schlussfolgerungen: Die Ergebnisse weisen auf erheblichen Handlungsbedarf zur Förderung von GK hin. Diese sollte nicht primär an individuellen Fähigkeiten ansetzen, sondern Angebote und Strukturen sollten so gestaltet werden, dass gesundheitskompetentes Handeln ermöglicht wird.

Keywords: Allgemeine Gesundheitskompetenz, Erwachsene, Survey, Fragebogen, HLS₁₉-Q12, Gender, Alter, Bildung

1. Einleitung

Gesundheitskompetenz umfasst Fähigkeiten, Motivation und Wissen, um Informationen zur Gesundheit in ganz verschiedenen Lebenssituationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden, mit dem Ziel gesundheitsrelevante Entscheidungen zu treffen [1]. Menschen erwerben Gesundheitskompetenz durch alltägliche Erfahrungen und in sozialen Beziehungen, aber auch in Organisationen, wie dem Bildungs- oder Gesundheitswesen [2]. Die Ausgestaltung des Gesundheitswesens, die Art der Darbietung und Evidenzbasierung von Gesundheitsinformationen, insbesondere im Internet, oder die Qualität der ärztlichen Kommunikation mit Patientinnen und Patienten stellen unterschiedliche Anforderungen an Menschen, weshalb Gesundheitskompetenz als relationales Konzept verstanden wird [3]. Gesundheitskompetenz ist demnach nicht primär als individuelle Fähigkeit zu verstehen, sondern beschreibt die Passung zwischen kontextuellen Anforderungen und individuellen Fähigkeiten.

Studien zur Gesundheitskompetenz in Deutschland zeigen für einen großen Teil der Bevölkerung eine eher geringe Gesundheitskompetenz [4–7]. Diese empirische Beobachtung hat eine große Public-Health-Relevanz, da niedrige Gesund-

Informationen zu Artikel und Zeitschrift

Eingereicht: 20.11.2025
Akzeptiert: 21.01.2026
Veröffentlicht: 01.04.2026

Artikel peer reviewed


Dieser Artikel wurde korrigiert, siehe [Corrigendum](#) auf Seite 5 (Stand: 24.06.2026)

Zitierweise: Jordan S, Löbl S. Die allgemeine Gesundheitskompetenz Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse des Panels „Gesundheit in Deutschland“ 2024. J Health Monit. 2026;11:04. doi: 10.25646/13820.2

Dr. Susanne Jordan
JordanS@rki.de

Robert Koch-Institut, Berlin
Journal of Health Monitoring
www.rki.de/jhealthmonit

Englische Version des Artikels
www.rki.de/jhealthmonit-en

 Open access



[CC BY 4.0 Lizenzvertrag](#)
[Namensnennung 4.0 International](#)

Gesundheitsberichterstattung des Bundes.
Gemeinsam getragen von RKI und Destatis.



Das Robert Koch-Institut ist ein
Bundesinstitut im Geschäftsbereich des
Bundesministeriums für Gesundheit

heitskompetenz häufig mit einem schlechteren Gesundheitszustand, ungünstigerem Gesundheitsverhalten, mehr Krankenhausaufenthalten und stärkerer Nutzung der Notfallversorgung, aber seltenerer Inanspruchnahme von Früherkennung assoziiert ist [3, 8–10]. Aufgrund dieser Beobachtungen gibt es zunehmend Bemühungen, die Gesundheitskompetenz in Deutschland zu fördern [11].

Um Bedarfe zur Förderung der Gesundheitskompetenz auf Bevölkerungsebene zu identifizieren und die Entwicklungen der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung zu monitoren, wird sowohl national als auch international das Konzept der *allgemeinen Gesundheitskompetenz* verwendet [3, 12, 13]. Die dafür eingesetzten Messinstrumente geben themen- und kontextübergreifende Auskunft über die selbsteingeschätzten Schwierigkeiten der Befragten beim Umgang mit Gesundheitsinformationen [14]. Häufig eingesetzte Messinstrumente sind der „Health Literacy Questionnaire“ (HLQ) und der „HLS₁₉-Q12-Fragebogen“ [15].

2. Methode

Die Schätzung der allgemeinen Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland basierte auf Daten der Jahrerhebung 2024 des Panels „Gesundheit in Deutschland“ des Robert Koch-Instituts (RKI-Panel 2024). Die Stichprobenziehung beruhte auf einer zweifach geschichteten Zufallsauswahl von Personen ab 18 Jahren in Privathaushalten. Die Teilnahme war online oder schriftlich-postalisch möglich. Eine ausführliche Darstellung der Methodik des RKI-Panels 2024 findet sich an anderer Stelle [16]. Für die Querschnittsanalysen wurden alle verfügbaren Fälle (Available Case Analysis) und damit Daten von $n = 26.817$ Befragten verwendet.

Die Messung der allgemeinen Gesundheitskompetenz beruhte auf der validierten deutschen Kurzfassung des Instruments „Health Literacy Survey 2019“ (HLS₁₉-Q12). Der HLS₁₉-Q12 wurde im Rahmen des „HLS₁₉ – The International Health Literacy Population Survey 2019–2021“ des M-POHL-Netzwerks („WHO Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy“) entwickelt [6, 17]. Er umfasst 12 Einzelitems, mit denen Personen ihre Schwierigkeiten beim Finden, Verstehen, Beurteilen und Anwenden relevanter Gesundheitsinformationen auf einer vierstufigen Likert-Skala von sehr einfach bis sehr schwierig einschätzen. Der Gesamtindex (Typ P) berechnete sich durch die Transformation der Summe der numerischen Werte der zwölf Items (1=sehr schwierig, 2=schwierig, 3=einfach, 4=sehr einfach) auf eine 0–100-Skala, vorausgesetzt, dass für eine Person mindestens 10 von 12 gültigen Antworten vorlagen [6, 18]. Die verschiedenen Gesundheitskompetenz-Level wurden anhand der von M-POHL vorgeschlagenen Schwellenwerte für den Gesamtindex [6] ermittelt und erhielten die neutralen Bezeichnungen „niedrige“, „eher nied-

Kernaussagen

- ▶ Etwa vier Fünftel der Frauen und Männer fielen in die Kategorie „geringe allgemeine Gesundheitskompetenz“.
- ▶ Der Anteil geringer Gesundheitskompetenz nahm bei Frauen im Altersverlauf tendenziell ab (Ausnahme 80 Jahre und älter). Bei Männern zeigte sich keine vergleichbare Abnahme.
- ▶ Zwischen den Bildungsgruppen zeigten sich bei beiden Geschlechtern in den drei mittleren Altersgruppen signifikante Unterschiede. Personen der hohen Bildungsgruppe hatten den niedrigsten Anteil an geringer Gesundheitskompetenz.

rige“ (zusammengefasst „geringe“), „eher hohe“ und „hohe“ Gesundheitskompetenz (die Labels weichen von den von M-POHL ab).

Die Analysen mit 95 %-Konfidenzintervallen (95 %-KI) erfolgten für alle verfügbaren Fälle stratifiziert nach Geschlechtsidentität (Kategorien: Frauen, Männer, andere; die letztgenannte Gruppe wird aufgrund der geringen Fallzahl ($n = 61$) aus der Analyse ausgeschlossen), Altersgruppen und Bildung (nach Comparative Analysis of Social Mobility in Industrial Nations, CASMIN [19]). Dabei wurden die Sample Points zur Berechnung robuster 95 %-Konfidenzintervalle berücksichtigt. Um für Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur in Bezug auf Alter, Geschlecht, Bundesland, Gemeindegroße, Bildung und Haushaltsgröße zu korrigieren, wurden die Berechnungen gewichtet [16]. Für alle berichteten Gruppenvergleiche wurden adjustierte Wald-Tests durchgeführt. Unterschiede galten als statistisch signifikant, wenn der p -Wert kleiner als 0,05 ist.

3. Ergebnisse

Die Analysen zeigten, dass die größte Gruppe Frauen bzw. Männer mit eher niedriger Gesundheitskompetenz bildeten (48,6 % bei Frauen; 50,1 % bei Männern) (Abbildung 1). Am kleinsten fiel die Gruppe mit hoher Gesundheitskompetenz aus, die bei Frauen 3,4 % und bei Männern 3,0 % betrug. Zwischen den Geschlechtern bestanden keine signifikanten Unterschiede.

Die Analyse des Indikators „geringe allgemeine Gesundheitskompetenz“ ergab: Etwa vier Fünftel der befragten Frauen (81,3 %) und Männer (81,0 %) fielen in diese Kategorie (Tabelle 1). Tendenzuell nahm der Anteil von Frauen mit geringer Gesundheitskompetenz in den höheren Altersgruppen ab, mit Ausnahme der Gruppe 80 Jahre und älter. Bei Männern zeigte sich keine vergleichbare Abnahme im Altersver-

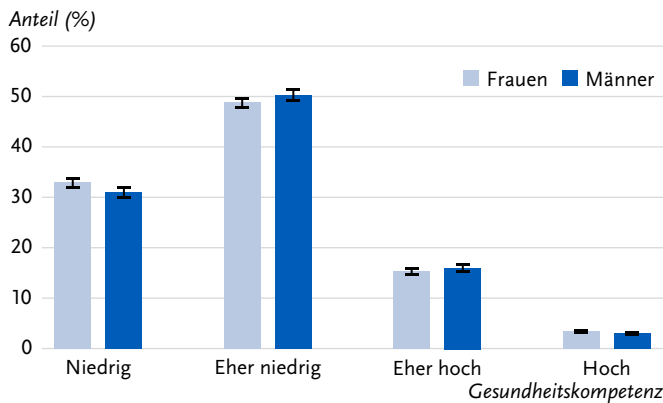


Abbildung 1: Verteilung der allgemeinen Gesundheitskompetenz in der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland nach Geschlecht (n = 14.674 Frauen, n = 12.143 Männer). Quelle: RKI-Panel 2024

lauf. Bei ihnen findet sich nur eine signifikante Verringerung des Anteils zwischen den 30- bis 44-Jährigen und den 45- bis 64-Jährigen. Die größten Unterschiede bei den Frauen zeigten sich zwischen der jüngsten Altersgruppe und den 65- bis 79-Jährigen, bei den Männern zwischen den 30- bis 44-Jährigen und den ab 80-Jährigen. Bei der Betrachtung nach Altersgruppen zwischen den Geschlechtern zeigte sich nur in der jüngsten Altersgruppe ein signifikanter Unterschied, bei dem der Anteil mit geringer Gesundheitskompetenz bei Frauen

Tabelle 1: Anteil mit geringer* Gesundheitskompetenz in der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland nach Geschlecht, Alter und Bildung (n = 14.674 Frauen, n = 12.143 Männer). Quelle: RKI-Panel 2024

	Frauen		Männer	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Gesamt	81,3	(80,5–82,2)	81,0	(80,0–81,9)
18–29 Jahre	85,9	(83,7–87,9)	80,1	(77,2–82,7)
Niedrige Bildungsgruppe	85,5	(76,8–91,3)	78,5	(68,4–86,0)
Mittlere Bildungsgruppe	86,4	(84,0–88,4)	81,8	(78,5–84,6)
Hohe Bildungsgruppe	85,0	(81,6–87,8)	74,6	(69,0–79,5)
30–44 Jahre	83,0	(81,1–84,7)	83,7	(81,6–85,7)
Niedrige Bildungsgruppe	89,0	(81,3–93,7)	86,5	(80,4–90,9)
Mittlere Bildungsgruppe	84,4	(82,1–86,4)	85,0	(82,1–87,4)
Hohe Bildungsgruppe	77,2	(74,4–79,8)	79,2	(76,2–82,0)
45–64 Jahre	80,4	(78,9–81,9)	81,1	(79,6–82,6)
Niedrige Bildungsgruppe	83,7	(79,5–87,2)	85,3	(82,1–88,1)
Mittlere Bildungsgruppe	80,9	(79,2–82,5)	81,6	(79,3–83,6)
Hohe Bildungsgruppe	73,8	(70,8–76,7)	74,0	(71,1–76,7)
65–79 Jahre	77,6	(75,7–79,3)	79,1	(77,5–80,7)
Niedrige Bildungsgruppe	81,0	(78,0–83,6)	80,0	(77,2–82,6)
Mittlere Bildungsgruppe	75,5	(72,9–78,0)	81,9	(79,2–84,3)
Hohe Bildungsgruppe	69,0	(64,5–73,2)	73,7	(70,7–76,4)
≥ 80 Jahre	81,3	(77,8–84,3)	77,1	(73,8–80,1)
Niedrige Bildungsgruppe	82,8	(78,3–86,6)	80,3	(75,9–84,1)
Mittlere Bildungsgruppe	79,6	(74,1–84,1)	73,9	(66,1–80,4)
Hohe Bildungsgruppe	70,7	(62,3–77,8)	71,7	(65,9–76,9)

* = Zusammengefasst niedrige und eher niedrige Gesundheitskompetenz

um 5,8 Prozentpunkte höher war als bei Männern. Zwischen den Bildungsgruppen zeigten sich bei beiden Geschlechtern in den drei mittleren Altersgruppen signifikante Unterschiede. Die Gruppe mit hoher Bildung wies dabei durchweg den niedrigsten Anteil an geringer Gesundheitskompetenz im Vergleich zur niedrigen und mittleren Bildungsgruppe auf.

4. Diskussion

Die Ergebnisse des RKI-Panel 2024 zeigen für einen überwiegenden Teil der Bevölkerung eine geringe allgemeine Gesundheitskompetenz. Das bedeutet, die Menschen berichten über Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen im Hinblick auf unterschiedliche Anforderungen in ganz verschiedenen Lebenssituationen, die persönliche Gesundheitsentscheidungen und ihre Gesundheit betreffen. Einen ähnlich hohen Anteil beobachteten auch andere neuere Studien aus Deutschland, die Gesundheitskompetenz mit dem HLS₁₉-Q12 erhoben haben ([4]: 75,8%, [6]: 77%). Die in der Studie gefundenen Bildungsunterschiede bestätigen die aus anderen Studien bekannte positive Assoziation zwischen Bildung und Gesundheitskompetenz [3–5, 7]. Unsere Studie konnte dies sowohl für die Gruppe der Frauen als auch der Männer zeigen. Anders verhält es sich bei Altersgruppenunterschieden, die sich nicht in allen Studien konsistent beobachten lassen. Eine mit demselben Messinstrument durchgeführte Studie aus 2024 fand aber ebenso in den jüngeren Altersgruppen höhere Anteile mit geringer Gesundheitskompetenz [4].

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass die Erfassung der Gesundheitskompetenz unter Verwendung eines Selbsteinschätzungsinstruments erfolgte, so dass Effekte sozialer Erwünschtheit nicht ausgeschlossen werden können [20]. Die vorliegenden Ergebnisse liefern Informationen bezüglich der wahrgenommenen Schwierigkeiten, jedoch nicht die Gründe für die berichteten Schwierigkeiten, die individueller und kontextueller Natur sein können. Hier gibt es noch weiteren Forschungsbedarf in Form von qualitativen Studiendesigns oder ergänzend eingesetzten leistungsorientierten Messinstrumenten, die funktionale und kognitive Fähigkeiten messen [14, 21]. Eine Stärke der Studie ist die hohe Zahl der Teilnehmenden und ihre Repräsentativität für die erwachsene deutschsprachige Wohnbevölkerung. Dies wurde durch die Rekrutierung über die Einwohnermeldeämter und eine studienspezifische Gewichtung erreicht [16].

Die Ergebnisse der Studie weisen auf einen erheblichen Handlungsbedarf zur Förderung der Gesundheitskompetenz. Dabei sind geschlechtsspezifische Unterschiede in Bezug auf Alter und Bildung zu berücksichtigen. Eine zentrale Rolle bei der Gesundheitskompetenzförderung haben das Bildungs-, Sozial- und Gesundheitssystem mit ihren zahlreichen

Organisationen, da sie Angebote und Strukturen gestalten, die Gesundheitskompetenz ermöglichen [22]. Die Weltgesundheitsorganisation empfiehlt deshalb weniger Individuen zu adressieren, sondern den Fokus auf gesellschaftliche Werte, Organisationen und politische Regelungen zu legen, die die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung maßgeblich beeinflussen [23].

Datenschutz und Ethik

Das Panel „Gesundheit in Deutschland“ 2024 wurde unter strikter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorgaben der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) sowie des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) durchgeführt. Die Ethik-Kommission der Ärztekammer Berlin hat die Studie unter ethischen Gesichtspunkten gemäß der aktuellen Fassung der Deklaration von Helsinki geprüft und keine Einwände gegen die Durchführung des Studienvorhabens und der Jahreswelle 2024 geäußert (Antragsnummer Eth-63/23, Amendment 1). Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Die Teilnehmenden wurden über die Ziele und Inhalte der Jahreswelle 2024 sowie über den Datenschutz informiert und erteilten ihre Einwilligung entweder elektronisch (im Rahmen der Online-Befragung) oder schriftlich (informal consent).

Datenverfügbarkeit

Für die den Ergebnissen zugrunde liegenden Daten bestehen Zugangsbeschränkungen. Die Daten können über das Forschungsdatenzentrum (FDZ) des Robert Koch-Instituts als Scientific Use Files beantragt werden. Der Datennutzungsantrag sowie weitere Informationen finden sich auf der folgenden Webseite: www.rki.de/suf. Das Instrument HLS₁₉-Q12 kann nur mit Genehmigung von M-POHL genutzt werden. Das Antragsformular für eine Nutzung des HLS₁₉-Q12 findet sich auf der Website: <https://m-pohl.net/HLS19Instruments>.

Förderungshinweis

Das Panel „Gesundheit in Deutschland“ (2024) wurde mit Mitteln des Robert Koch-Instituts und des Bundesministeriums für Gesundheit finanziert.

Beiträge der Autorinnen und Autoren

Maßgebliche Beiträge zu Konzeption oder Design der Arbeit: SJ, SL; Erhebung der verwendeten Daten: SJ; Analyse der verwendeten Daten: SL; Interpretation der verwendeten Daten: SJ, SL. Ausarbeitung des Manuskripts: SJ, SL; kritische Überarbeitung bedeutender Inhalte: SJ, SL. Finale Version des Manuskripts gelesen und der Veröffentlichung zugestimmt: SJ, SL.

Deklaration generativer Künstlicher Intelligenz (KI) und KI-gestützter Technologien

Ein KI-basierter Dienst wurde für kleinere sprachliche Überarbeitungen ausgewählter Textpassagen eingesetzt (ChatGPT-5.2).

Interessenkonflikt

Die Autorinnen und Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Danksagung

Unser aufrichtiger Dank gebührt dem „WHO Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy“ (M-POHL) für die Möglichkeit das von ihnen entwickelte Erhebungsinstrument HLS₁₉-Q12 einsetzen zu können. Unser besonderer Dank gilt allen Befragten, die mit ihrer Beantwortung der Fragebögen wertvolle Informationen zur Gesundheitskompetenz gegeben haben. Die Autorin und der Autor danken den Kolleginnen und Kollegen des EDZ für die Bereinigung und Aufbereitung des Datensatzes und Qualitätssicherung der Ergebnisse.

Literatur

- Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12:1–13. Epub 2012/01/27. doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>.
- World Health Organization (WHO). Health literacy. 2021 [cited 08.10.2025]. In: Health promotion glossary of terms 2021 [Internet]. Geneva: WHO, [cited 08.10.2025]; [6–7]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>.
- Kickbusch I, Pelikan J, Apfel F, Tsouras AD, editors. Health Literacy. The solid facts. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013.
- Kolpatzik K, Bollweg T, Fretian A, Okan O. Gesundheitskompetenz in Deutschland 2024. Ergebnisbericht. München; 2025. doi: <https://doi.org/10.14459/2025md1772956>.
- Jordan S, Hoebel J. Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA). *Bundesgesundheitsbl*. 2015;58(9):942–50. doi: <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2200-z>.
- Pelikan JM, Link T, Strassmayr C, Waldherr K, Alferts T, Boggild H, et al. Measuring Comprehensive, General Health Literacy in the General Adult Population: The Development and Validation of the HLS₁₉-Q12 Instrument in Seventeen Countries. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(21). doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph192114129>.
- Schaeffer D, Griesel L, Singh H, Ewers M, Hurrelmann K. Gesundheitskompetenz in Zeiten gesellschaftlicher Unsicherheiten – Ergebnisse des HLS-GER 3. Zusammenfassung. Bielefeld: Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK), Universität Bielefeld; 2025 [10.10.2025]. Available from: <https://www.uni-bielefeld.de/fakultaeten/erziehungswissenschaft/izgk/forschung/hls-ger-3-1/>.
- Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med*. 2011;155(2):97–107. doi: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>.
- Taylor DM, Fraser S, Dudley C, Oniscu GC, Tomson C, Ravanan R, et al. Health literacy and patient outcomes in chronic kidney disease: a systematic review. *Nephrol Dial Transplant*. 2018;33(9):1545–58. doi: <https://doi.org/10.1093/ndt/gfx293>.
- Jordan S, Buchmann M, Loss J, Okan O. Gesundheitskompetenz und Gesundheitsverhalten – Einblicke in ein sich ausdifferenzierendes Forschungs- und Handlungsfeld für Public Health. *Bundesgesundheitsbl*. 2025;68(3):255–63. doi: <https://doi.org/10.1007/s00103-025-04016-6>.
- Schaeffer D, Griesel L, Hurrelmann K. Etablierung und Umsetzung des Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl*. 2025;68(3):231–9. Epub 20250114. doi: <https://doi.org/10.1007/s00103-024-04005-1>.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Empowering through health literacy: Skills to navigate health information and make informed decisions. *OECD Skills Outlook 2023: Skills for a Resilient Green and Digital Transition*. Paris: OECD Publishing; 2023. p. 170–209.
- The HLS₁₉ Consortium of the WHO Action Network M-POHL. International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS₁₉) of M-POHL. Vienna: Austrian National Public Health Institute; 2021.
- Jordan S. Gesundheitskompetenz/Health Literacy. 2023 [cited 10.10.2025]. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden [Internet]. Köln: BZgA, [cited 10.10.2025]. Available from: <https://leitbegriffe.bioeg.de/alphabetisches-verzeichnis/health-literacy-gesundheitskompetenz/>.
- Griebler R, Link T, Schütze D, Straßmayr C. Gesundheitskompetenz messen: Methoden und Instrumente zur Erfassung der allgemeinen Gesundheitskompetenz bei Erwachsenen. *Bundesgesundheitsbl*. 2025;68(3):247–54. doi: <https://doi.org/10.1007/s00103-025-04010-y>.
- Lemcke J, Damerow S, Kuttig T, Öztürk I, Albrecht S, Heller T, et al. Panel „Gesundheit in Deutschland“ des Robert Koch-Instituts – Hintergrund und Methode der Jahreserhebung 2024. *J Health Monit*. 2025;10(4):e13546. doi: <https://doi.org/10.25646/13546>.
- Bielefeld University for HLS₁₉, HLS₁₉-Q12-DE_German – The German instrument for measuring health literacy in the general population. Bielefeld: M-POHL; 2020.

- 18 The HLS₁₉ Consortium of the WHO Action Network M-POHL. The HLS₁₉-Q12 Instrument for measuring General Health Literacy. Fact-sheet. Updated version August 2025. Vienna; 2025.
- 19 Brauns H, Scherer S, Steinmann S. The CASMIN Educational Classification in International Comparative Research. In: Hoffmeyer-Zlotnik JHP, Wolf C, editors. *Advances in Cross-National Comparison: A European Working Book for Demographic and Socio-Economic Variables*. Boston, MA: Springer US; 2003. p. 221–44.
- 20 Schnell R. Vierter Schritt: Antwort. In: Schnell R. *Survey-Interviews. Methoden standardisierter Befragungen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2012. p. 57–64.
- 21 Bitzer EM, Sørensen K. Gesundheitskompetenz – Health Literacy. *Gesundheitswesen*. 2018;80(08/09):754–66. doi: <https://doi.org/10.1055/a-0664-0395>.
- 22 Schaefer C, Bitzer EM, Dierks ML, für den Vorstand des DNGK. Mehr Organisationale Gesundheitskompetenz in die Gesundheitsversorgung bringen! Ein Positionspapier des DNGK. Köln: Deutsches Netzwerk Gesundheitskompetenz (DNGK); 2019 [cited 25.10.2025]. Available from: <https://dngk.de/gesundheitskompetenz/organisationale-gesundheitskompetenz-positionspapier-2019/>.
- 23 World Health Organization (WHO). Health literacy development for the prevention and control of noncommunicable diseases. Volume 1. Overview. Geneva: WHO; 2022 [cited 01.12.2024]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240055391>.

Corrigendum

Im Abschnitt „3. Ergebnisse“ auf Seite 3 war durch ein falsches Wort eine fehlerhafte Aussage entstanden.

Der korrekte Satz lautet: „Bei der Betrachtung nach Altersgruppen zwischen den Geschlechtern zeigte sich nur in der jüngsten Altersgruppe ein signifikanter Unterschied, bei dem der Anteil mit geringer Gesundheitskompetenz bei Frauen um 5,8 Prozentpunkte höher war als bei Männern.“

Der Beitrag wurde entsprechend korrigiert.