

Zusammenfassung

Gesundheitskompetenz in Zeiten gesellschaftlicher Unsicherheiten

Ergebnisse des HLS-GER 3

**Doris Schaeffer, Lennert Griesse, Himal Singh,
Michael Ewers, Klaus Hurrelmann**

Universität Bielefeld
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Hertie School
Bielefeld/Berlin 2025

Unser Dank gilt dem Bosch Health Campus, der diese Studie (Projekt-Nr. 221002) unterstützt und finanziell gefördert hat. Außerdem danken wir dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalens (MAGS NRW) für die Förderung der Zusatzbefragung HLS-GER 3 NRW und dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) für die Ermöglichung der Beteiligung am WHO Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL).

Danken möchten wir außerdem dem International Coordinating Centre (ICC) des M-POHL Netzwerks sowie dem Expertenbeirat des HLS-GER 3 für die konstruktive Kooperation und die wertvollen Anregungen; ebenso dem Institut für Demoskopie Allensbach (IfD), das unter der Leitung von Dr. Steffen de Sombre die Datenerhebung durchgeführt hat.

Zitation: Schaeffer, D., Griese, L., Singh, H., Ewers, M., Hurrelmann, K. (2025). Gesundheitskompetenz in Zeiten gesellschaftlicher Unsicherheiten – Ergebnisse des HLS-GER 3. Zusammenfassung. Bielefeld: Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK), Universität Bielefeld.

Einleitung

Gesundheitskompetenz, verstanden als Fähigkeit zum angemessenen Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen (Sørensen et al. 2012), ist seit rund 15 Jahren auch in Deutschland Gegenstand der Forschung. Erste empirische Befunde liegen seit etwa einem Jahrzehnt vor. Inzwischen hat sich sogar ein recht breites Forschungsfeld entwickelt. Es besteht jedoch überwiegend aus unterschiedlichsten Einzelstudien, die nur Momentaufnahmen liefern können. Vergleichende Analysen, die erlauben, die Entwicklung der Gesundheitskompetenz einzuschätzen, sind bislang rar.

Angesichts gesellschaftlicher Umbrüche und Krisen und der sie begleitenden Ungewissheiten sind solche Analysen von hoher Relevanz, wie nicht zuletzt die COVID-19-Pandemie, aber auch die sich anschließenden Krisen gezeigt haben. Denn gerade in Krisenzeiten ist es wichtig, souverän mit Gesundheitsinformationen umgehen und sie in angemessenes Handeln transferieren zu können. Auch für eine selbstbestimmte Lebensführung und Gesundheitserhaltung in modernen komplexen Gesellschaften ist Gesundheitskompetenz unverzichtbar. Gleichzeitig erschweren die zunehmende Informationsflut sowie die Verbreitung von Fehl- und Falschinformationen den Umgang mit Informationen erheblich und irritieren den Erwerb von Gesundheitskompetenz. Vor diesem Hintergrund stellt die vorliegende Studie die Frage, welche Auswirkungen all dies auf die Gesundheitskompetenz hat und wie sich die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland in den letzten Jahren entwickelt hat. Dazu wurden mit dem HLS-GER 3 neue Daten zur Gesundheitskompetenz in Deutschland erhoben, die auf dem gleichen Vorgehen wie die fünf Jahre zurückliegende Studie HLS-GER 2 beruhen. Sie werden nachfolgend dargestellt und miteinander verglichen.

Im Einzelnen erfolgt mit der Studie

- eine erneute detaillierte *Analyse* der allgemeinen *Gesundheitskompetenz* sowie der *Digitalen Gesundheitskompetenz* (DGK) und der *Navigationalen Gesundheitskompetenz* (NGK) in Deutschland,
- ein *Vergleich* der neuen Befunde zur Gesundheitskompetenz mit denen der zurückliegenden Studie, dem HLS-GER 2,
- eine *thematische Erweiterung* durch die Entwicklung und den Einsatz eines neuen Messinstruments zur *Katastrophenbezogenen Gesundheitskompetenz* (KatGK),
- eine *Analyse regionaler Unterschiede* der Gesundheitskompetenz auf der Basis von zwei ergänzenden Erhebungen der Gesundheitskompetenz in *Baden-Württemberg* und *Nordrhein-Westfalen*,
- eine *Einbindung* in den *internationalen Health Literacy Survey HLS₂₄* des WHO Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL).¹

Methode

Die Studie beruht auf dem Modell und der Definition von Gesundheitskompetenz des ersten European Health Literacy Survey (HLS-EU; Sørensen et al. 2012).

Durchgeführt wurde eine repräsentative Querschnittsbefragung der deutschsprachigen Wohnbevölkerung ab 18 Jahren. Die Befragung wurde vom Institut für Demoskopie Allensbach zwischen Oktober 2024 und Januar 2025 mittels persönlicher Interviews (PAPI) realisiert. Die Stichprobe wurde nach dem Quotenverfahren gebildet. Für den HLS-GER 3 wurden insgesamt 2.648 Personen in die Analyse einbezogen. Die Vergleichsstudie – HLS-GER 2 (Schaeffer et al. 2021) – wurde im Dezember 2019 und Januar 2020 durchgeführt, in ihr konnten 2.151 Personen berücksichtigt werden. Beide Studien folgen demselben methodischen Vorgehen.

Die Gesundheitskompetenz wurde mit der deutschen Version des HLS₁₉-Q47 erfasst. Die Gesundheitskompetenzniveaus wurden auf Basis des Summenscores der dichotomisierten Items berechnet, der auf den Bereich von 0–100 standardisiert wurde (The HLS₁₉ Consortium 2022). Als Cut-off-Werte für die Gesundheitskompetenzniveaus wurden 50 – 66,67 – 83,33 angesetzt. Daraus resultieren vier Kategorien: „inadäquat“, „problematisch“ (zusammengefasst als „geringe“ Gesundheitskompetenz), „adäquat“ und „exzellent“ (zusammengefasst als „hohe“ Gesundheitskompetenz). Die Auswertung der DGK, NGK und KatGK erfolgte nach demselben Vorgehen.

¹ Die regionalen Studienergebnisse stehen nicht im Zentrum dieses Berichts und werden an anderer Stelle veröffentlicht. Das Gleiche gilt für die Befunde der internationalen Studie HLS₂₄.

Allgemeine Gesundheitskompetenz

In den letzten fünf Jahren hat sich die Gesundheitskompetenz in Deutschland um 3,1 Prozentpunkte verbessert. Nach der neuen Studie, dem HLS-GER 3, weisen 55,7 % der Bevölkerung in Deutschland eine geringe Gesundheitskompetenz auf. In der zurückliegenden Studie, dem HLS-GER 2, waren es noch 58,8 %. Im Einzelnen verfügen im HLS-GER 3

- 18,1 % der Bevölkerung in Deutschland über eine exzellente und 26,3 % über eine ausreichende Gesundheitskompetenz (zuvor waren es 14,7 % und 26,5 %)²,
- 28,6 % (30,4 %) über eine problematische und 27,1 % (28,4 %) über eine inadäquate Gesundheitskompetenz.

1. Verteilung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung

Gesundheitskompetenz ist nach wie vor *ungleich* in der Bevölkerung verteilt. Zu den Gruppen, die überdurchschnittlich häufig über eine geringe Gesundheitskompetenz verfügen, gehören Menschen

- mit niedrigem Sozialstatus: 73,3 % (71,9 %),
- mit finanzieller Deprivation: 72,3 % (72,9 %),
- mit niedrigem Bildungsniveau: 71,1 % (78,3 %),
- ab 65 Jahren: 62,8 % (65,1 %),
- mit mehreren chronischen Erkrankungen: 61,6 % (65,1 %).

Eine sehr positive Entwicklung der Gesundheitskompetenz zeigt sich bei Menschen mit niedrigem Bildungsniveau: Der Anteil derjenigen, der eine exzellente oder ausreichende Gesundheitskompetenz aufweist, hat sich gegenüber 2019/2020 um 7,2 Prozentpunkte erhöht. Leicht verbessert hat sich außerdem die Gesundheitskompetenz von Menschen mit mehreren chronischen Erkrankungen und von Menschen ab 65 Jahren (+3,5 Prozentpunkte bzw. +2,3 Prozentpunkte).

Aber nicht alle Gruppen haben von der positiven Entwicklung profitiert. So hat sich bei Menschen mit *niedrigem* Sozialstatus die Gesundheitskompetenz in der Zwischenzeit verschlechtert. Bei Menschen mit finanzieller Deprivation ist sie nahezu unverändert geblieben.

Zugleich zeichnet sich eine *Verstärkung des sozialen* Gefälles ab. Denn der Verschlechterung der Gesundheitskompetenz bei Menschen mit *geringem* Sozialstatus und der Stagnation bei Menschen mit *finanzieller* Deprivation steht gegenüber, dass sich die Gesundheitskompetenz bei Menschen mit *hohem* Sozialstatus und mit *ausreichenden finanziellen Ressourcen* um 1,3 bzw. 7,1 Prozentpunkte verbessert hat.

2. Schritte der Informationsverarbeitung

Von den vier Schritten der Informationsverarbeitung (Finden, Verstehen, Beurteilen, Anwenden) wird die *Beurteilung* von Informationen weiterhin am schwierigsten eingeschätzt. Am zweitschwierigsten ist weiterhin die Anwendung von Gesundheitsinformationen:

- 72,6 % (74,9 %) der Befragten haben bei der *Beurteilung* von Gesundheitsinformationen große Schwierigkeiten und verfügen hier über eine geringe Gesundheitskompetenz.
- Bei der *Anwendung* von Gesundheitsinformationen weisen 52,7 % (53,7 %) eine geringe Gesundheitskompetenz auf.
- Das *Finden* von gesundheitsrelevanten Informationen stellt 46,7 % (48,5 %) der Befragten vor erhebliche Schwierigkeiten und das *Verstehen* 44,9 % (47,7 %).

Vergleicht man beide Studien zeigt sich, dass sich bei allen Schritten der Informationsverarbeitung leichte Verbesserungen vollzogen haben. Bei dem Verstehen von gesundheitsrelevanten Informationen fallen sie am größten aus. Hier hat sich die Gesundheitskompetenz um 2,8 Prozentpunkte verbessert.

3. Bereiche von Gesundheitskompetenz

Von den drei untersuchten Bereichen (Krankheitsbewältigung/Versorgung, Prävention, Gesundheitsförderung) fällt den Befragten der Umgang mit Informationen zur *Gesundheitsförderung* am *schwersten*. Mit einigem Abstand folgt der Bereich Prävention, als drittes dann der Bereich Krankheitsbewältigung/Versorgung.

- Im Bereich *Gesundheitsförderung* ist Anteil geringer Gesundheitskompetenz mit 64,5 % (67,7 %) am höchsten.

² In Klammern sind jeweils die Ergebnisse des HLS-GER 2 dargestellt, dessen Erhebung von Dezember 2019 bis Januar 2020 durchgeführt wurde.

- Im Bereich *Prävention* weisen 52,7 % (54,8 %) eine geringe Gesundheitskompetenz auf,
- im Bereich *Krankheitsbewältigung/Versorgung* sind es 43,9 % (45,2 %).

Die sich bei einem *Vergleich* beider Studien zeigende Verbesserung der Gesundheitskompetenz wird besonders im Bereich Gesundheitsförderung sichtbar. Hier hat sich die Gesundheitskompetenz um 3,2 Prozentpunkte erhöht. Dennoch bereitet der Umgang mit Informationen in diesem Bereich nach wie vor die meisten Schwierigkeiten.

4. Mögliche Folgen geringer Gesundheitskompetenz

Geringe Gesundheitskompetenz ist folgenreich. Sie geht mit einem ungesünderen Ernährungs- und Bewegungsverhalten, einem schlechteren subjektivem Gesundheitszustand, mehr Fehltagen und einer häufigeren Nutzung des Gesundheitssystems einher.

- 48,3 % der Menschen mit exzellenter Gesundheitskompetenz nehmen täglich *Obst und Gemüse* zu sich. Bei Personen mit inadäquater Gesundheitskompetenz sind es 27,6 %.
- 55,6 % der Befragten mit inadäquater Gesundheitskompetenz hatten während der letzten 12 Monate mindestens sechs *krankheitsbedingte Fehltag*; bei Personen mit exzellenter Gesundheitskompetenz sind es 41,0 %.
- Eine geringere Gesundheitskompetenz ist mit einer intensiveren Nutzung der Gesundheitsversorgung verbunden: Beispielsweise hatten 24,0 % der Befragten mit inadäquater Gesundheitskompetenz sechs oder mehr *Hausarztkontakte* im letzten Jahr. In der Gruppe mit exzellenter Gesundheitskompetenz sind es 9,8 %. Ähnliches gilt für medizinische Notfalldienste: 30,7 % der Menschen mit inadäquater Gesundheitskompetenz haben in den letzten zwei Jahren Notfalldienste in Anspruch genommen. Bei Menschen mit exzellenter Gesundheitskompetenz sind es 17,0 %.

Der Vergleich beider Studien zeigt, dass sich einzelne Zusammenhänge – etwa zwischen Gesundheitskompetenz und subjektivem Gesundheitszustand – leicht verstärkt haben.

5. Gesundheitsinformationsverhalten

Das Interesse an Gesundheitsinformationen ist weiterhin hoch: 80,6 % stimmen der Aussage, „über meine Gesundheit will ich alles wissen“ voll und ganz oder eher zu.

Hausärztinnen und Hausärzte sind nach wie vor die wichtigste Informationsquelle: 78,2 % (78,5 %) der Bevölkerung wenden sich (mit) am ehesten an sie, wenn sie Informationen zu Gesundheitsthemen oder Krankheiten suchen, gefolgt von Internetseiten (49,0 %; 2019/2020: 44,9 %) und Fachärztinnen und Fachärzten (41,5 %; 2019/2020: 42,2 %).

Besonders häufig wünschen sich Befragte mehr Informationen zu Behandlungsalternativen: 46,5 % (47,0 %), zur Qualität von Ärztinnen und Ärzten: 42,4 % (39,9 %) und zu ihren Rechten als Patientin oder Patient: 41,2 % (39,9 %). Zugenommen hat der Wunsch nach mehr Informationen zur elektronischen Patientenakte 25,4 % (17,3 %) sowie zu Impfempfehlungen 21,7 % (17,5 %).

6. Nutzung digitaler Informationsmöglichkeiten

Die *Nutzung digitaler gesundheitsbezogener Informationsmöglichkeiten* (Internetseiten, soziale Medien, Gesundheits-Apps) hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Beispielsweise werden Internetseiten zur Suche nach Gesundheitsinformationen inzwischen von 82,5 % der Bevölkerung genutzt, 18,1 Prozentpunkte mehr als im HLS-GER 2 (64,4 %).

Anwendungen auf Grundlage künstlicher Intelligenz werden bislang lediglich von 17,0 % für die gesundheitsbezogene Informationssuche herangezogen. Die elektronische Patientenakte nutzen aktuell 16,0 % der Bevölkerung.

Bevölkerungsgruppen mit geringer Gesundheitskompetenz nutzen die meisten digitalen Informationsmöglichkeiten seltener als die Allgemeinbevölkerung. Zugleich aber zeigt die Nutzung auch bei ihnen einen Aufwärtstrend.

7. Digitale Gesundheitskompetenz

Die Digitale Gesundheitskompetenz (DGK) hat sich am *stärksten verbessert*: Der Anteil geringer DGK ist in der Zwischenzeit von 75,8 % auf 71,1 % gesunken. Dennoch ist die DGK deutlich schwächer ausgeprägt als die allgemeine Gesundheitskompetenz.

Auch die DGK ist sozial *ungleich* verteilt: Zu den Gruppen mit besonders hohem Anteil an geringer DGK gehören Menschen mit niedrigem Sozialstatus: 85,6 % (80,2 %), Menschen ab 65 Jahren: 84,9 %

(86,0 %), Menschen mit geringer Bildung: 81,8 % (86,7 %), mit finanzieller Deprivation: 80,6 % (83,5 %) sowie mit mehreren chronischen Erkrankungen: 78,4 % (77,8 %).

Bei Menschen mit Migrationsgeschichte hat sich die DGK um 6,5 Prozentpunkte verbessert und bei Menschen mit niedrigem Bildungsniveau um 4,9 Prozentpunkte.

Auch hier zeichnet sich eine Verschärfung des sozialen Gradienten ab: Während sich die DGK bei Personen mit niedrigem Sozialstatus um 5,4 Prozentpunkte verschlechtert hat, hat sie sich bei Menschen mit mittlerem und hohem Sozialstatus um jeweils rund 6,0 Prozentpunkte verbessert. Menschen mit einem hohen Bildungsniveau, ohne finanzieller Deprivation und in einem Alter von 18-29 Jahren haben deutlich stärker profitiert als jene mit niedriger Bildung, finanzieller Deprivation und Menschen ab 65 Jahren.

8. Navigationale Gesundheitskompetenz

Die Navigationale Gesundheitskompetenz (NGK) hat sich nur minimal verändert und bewegt sich nach wie vor auf sehr niedrigem Niveau. Nach dem HLS-GER 3 weisen 82,0 % der Befragten eine geringe NGK auf, im HLS-GER 2 waren es 82,8 %.

Zu den Gruppen mit besonders hohem Anteil an geringer NGK gehören mit 93,1 % (89,4 %) Menschen mit niedrigem Sozialstatus, mit 92,6 % (92,6 %) Menschen mit finanzieller Deprivation, mit 87,2 % (91,5 %) Menschen mit niedrigem Bildungsniveau, mit 86,4 % (85,0 %) Menschen im höheren Lebensalter und mit 85,1 % (86,9 %) Menschen, die mit mehreren chronischen Erkrankungen leben.

Bei Menschen mit niedrigem Bildungsniveau hat sich die NGK um 4,3 Prozentpunkte verbessert. Bei Menschen mit niedrigem Sozialstatus hat sich die NGK dagegen tendenziell verschlechtert. Das gilt auch für Menschen ab 65 Jahren. Bei jüngeren Menschen (18-29 Jahre) hat sich die NGK dagegen verbessert. Bei den anderen Gruppen mit vergleichsweise hohem Anteil geringer NGK ist sie weitestgehend unverändert geblieben.

9. Katastrophenbezogene Gesundheitskompetenz

Der Anteil geringer Katastrophenbezogener Gesundheitskompetenz (KatGK) ist ebenfalls sehr hoch. Er beträgt 81,7 %.

Die höchsten Anteile geringer KatGK zeigen sich mit 90,3 % bei Menschen ab 65 Jahren, mit 89,0 % bei Menschen mit niedrigem Sozialstatus, mit 88,9 % bei Menschen mit finanzieller Deprivation, mit 88,5 % bei Menschen mit Behinderung sowie mit 87,0 % bei Menschen mit niedrigem Bildungsniveau und mit 86,9 % bei Menschen mit mehreren chronischen Erkrankungen.

10. Fazit

Insgesamt werden im HLS-GER 3 in vielen Bereichen Verbesserungen der Gesundheitskompetenz deutlich. Zugleich sind auch einige negative Entwicklungstrends erkennbar, so etwa Verstärkungen des sozialen Gefälles, Stagnation bei der NGK sowie besonders große Schwierigkeiten bei der neu untersuchten KatGK. Außerdem ist zu beachten, dass noch immer mehr als die Hälfte der Bevölkerung in Deutschland eine geringe Gesundheitskompetenz aufweist. Nach wie vor besteht hier also ein ernstzunehmendes Public-Health-Problem, das weiterhin der Beachtung bedarf.

Literatur

Schaeffer, D., Berens, E.-M., Gille, S., Griese, L., Klinger, J., de Sombre, S. et al. (2021). Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland vor und während der Corona Pandemie: Ergebnisse des HLS-GER 2. Bielefeld: Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK), Universität Bielefeld. <https://doi.org/10.1055/a-1560-2479>

Sørensen, K., van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. et al. (2012). Health literacy and public health. a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health, 12 (1), 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

The HLS₁₉ Consortium of the WHO Action Network M-POHL. (2022). The HLS₁₉-Q12 Instrument to measure general health literacy (scoring based on dichotomized items). Updated version July 2023. Factsheet. Vienna: Austrian National Public Health Institute.

Kontakt

Prof. Dr. Doris Schaeffer (PI)
Universität Bielefeld
Interdisziplinäres Zentrum für
Gesundheitskompetenzforschung (IZGK)
Universitätsstraße 25
33615 Bielefeld

gesundheitskompetenz@uni-bielefeld.de

Stand: Oktober 2025