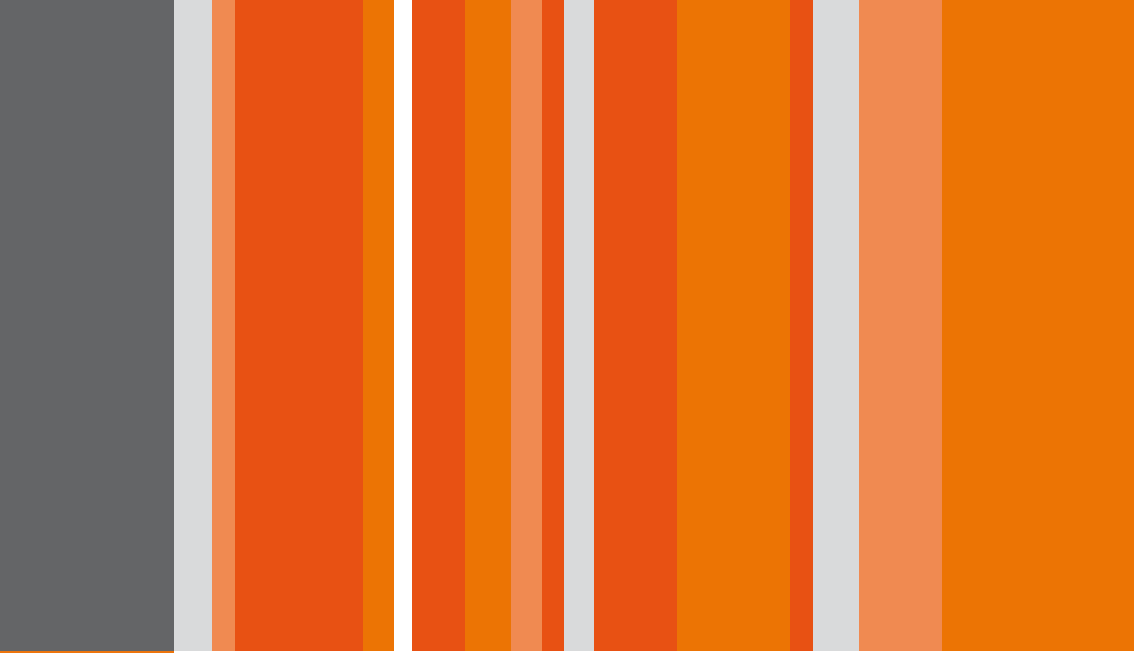




Doris Schaeffer | Lennert Griesse |  
Himal Singh | Michael Ewers |  
Klaus Hurrelmann (Hrsg.)

# **Gesundheitskompetenz in Krisenzeiten**

Ergebnisse und Analysen

Doris Schaeffer | Lennert Griesse | Himal Singh | Michael Ewers |  
Klaus Hurrelmann (Hrsg.)  
Gesundheitskompetenz in Krisenzeiten



Doris Schaeffer | Lennert Griesse |  
Himal Singh | Michael Ewers |  
Klaus Hurrelmann (Hrsg.)

# Gesundheitskompetenz in Krisenzeiten

Ergebnisse und Analysen

Wir danken allen Unterstützern und besonders dem Bosch Health Campus (BHC) und der Robert Bosch Stiftung für die langjährige ideelle und finanzielle Förderung.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Der Text dieser Publikation wird unter der Lizenz **Creative Commons Namensnennung – Nicht kommerziell - Keine Bearbeitungen 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0)** veröffentlicht. Den vollständigen Lizenztext finden Sie unter: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode.de>. Verwertung, die den Rahmen der **CC BY-NC-ND 4.0 Lizenz** überschreitet, ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für die Bearbeitung und Übersetzungen des Werkes. Die in diesem Werk enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Quellenangabe/Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen. Die Beltz Verlagsgruppe behält sich die Nutzung ihrer Inhalte für Text und Data Mining im Sinne von § 44b UrhG ausdrücklich vor.

Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.



Dieses Buch ist erhältlich als:  
ISBN 978-3-7799-9622-4 Print  
ISBN 978-3-7799-9623-1 E-Book (PDF)  
DOI 10.3262/978-3-7799-9623-1

1. Auflage 2026

© 2026 Beltz Juventa  
Beltz Verlagsgruppe GmbH & Co. KG  
Werderstraße 10, 69469 Weinheim  
[service@beltz.de](mailto:service@beltz.de)  
Einige Rechte vorbehalten

Satz: Helmut Rohde, Euskirchen  
Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza  
Beltz Grafische Betriebe ist ein Unternehmen mit finanziellem Klimabeitrag  
(ID 15985-2104-1001)  
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor:innen und Titeln finden Sie unter: [www.beltz.de](http://www.beltz.de)

# Inhalt

|                       |                          |
|-----------------------|--------------------------|
| <b>Zu diesem Buch</b> | <a href="#"><u>9</u></a> |
|-----------------------|--------------------------|

## **Gesundheitskompetenz – konzeptionelle Perspektiven**

Gesundheitskompetenzforschung in Deutschland – eine Zwischenbilanz  
in Krisenzeiten

|                        |                           |
|------------------------|---------------------------|
| <i>Doris Schaeffer</i> | <a href="#"><u>14</u></a> |
|------------------------|---------------------------|

Stärkung der Gesundheitskompetenz – eine politische Strategie  
der Gesundheitsförderung

|                        |                           |
|------------------------|---------------------------|
| <i>Ilona Kickbusch</i> | <a href="#"><u>37</u></a> |
|------------------------|---------------------------|

## **Gesundheitskompetenz – empirische Befunde**

Gesundheitskompetenz in Krisenzeiten – Ergebnisse der dritten Studie  
zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland

|                                                                                          |                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <i>Doris Schaeffer, Lennert GRIESE, Himal Singh, Michael Ewers,<br/>Klaus Hurrelmann</i> | <a href="#"><u>48</u></a> |
|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|

- Ziele, konzeptionelle Ausrichtung und Methodik der Studie [50](#)
- Allgemeine Gesundheitskompetenz [67](#)
  - Entwicklung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung  
in Deutschland [68](#)
  - Gesundheitskompetenz einzelner Bevölkerungsgruppen [69](#)
  - Schritte der Informationsverarbeitung [75](#)
  - Gesundheitskompetenz in den Bereichen Krankheitsbewältigung,  
Prävention und Gesundheitsförderung [78](#)
  - Folgen geringer Gesundheitskompetenz [93](#)
  - Gesundheitsinformationsverhalten [104](#)
  - Nutzung digitaler Informationsmöglichkeiten [111](#)
- Digitale Gesundheitskompetenz [118](#)
- Navigationale Gesundheitskompetenz [129](#)
- Katastrophenbezogene Gesundheitskompetenz [140](#)
- Diskussion und Einordnung der Ergebnisse [148](#)

|                                                                                                                                                                                                               |                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Regionale Unterschiede der Gesundheitskompetenz – Vergleich der Bundesländer Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen<br><i>Doris Schaeffer, Lennert Gries, Himal Singh, Michael Ewers, Klaus Hurrelmann</i> | <a href="#">177</a> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|

|                                                   |                     |
|---------------------------------------------------|---------------------|
| • Ziele und methodisches Vorgehen                 | <a href="#">177</a> |
| • Regionale Unterschiede der Gesundheitskompetenz | <a href="#">186</a> |
| – Allgemeine Gesundheitskompetenz                 | <a href="#">186</a> |
| – Digitale Gesundheitskompetenz                   | <a href="#">194</a> |
| – Navigationale Gesundheitskompetenz              | <a href="#">198</a> |
| – Katastrophenbezogene Gesundheitskompetenz       | <a href="#">203</a> |
| • Diskussion und Einordnung der Ergebnisse        | <a href="#">207</a> |

## Kommentierung der Studienergebnisse

|                                                                                                                                         |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Gesundheitskompetenz und soziale Ungleichheit<br>Einige Anmerkungen zu den Befunden der HLS-GER 3-Studie<br><i>Uwe H. Bittlingmayer</i> | <a href="#">216</a> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|

|                                                                                         |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Wachsende Bedeutung von Bildung für die Gesundheitskompetenz<br><i>Klaus Hurrelmann</i> | <a href="#">226</a> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|

|                                                                                                    |                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Bedeutung von Gesundheitskompetenz für Prävention und Gesundheitsförderung<br><i>Susanne Melin</i> | <a href="#">236</a> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|

|                                                                                                                       |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Digitale Gesundheitskompetenz zwischen individueller und gesellschaftlicher Verantwortung<br><i>Kevin Dadaczynski</i> | <a href="#">243</a> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|

|                                                                                            |                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Integrität und Vertrauen in der digitalen Gesellschaft<br><i>Sebastian Schmidt-Kaehler</i> | <a href="#">251</a> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|

|                                                                                                   |                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Potenziale künstlicher Intelligenz für die Förderung von Gesundheitskompetenz<br><i>Hajo Zeeb</i> | <a href="#">264</a> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|

|                                                                                                    |                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Navigationsprobleme im Gesundheitssystem aus relationaler Perspektive<br><i>Marie-Luise Dierks</i> | <a href="#">272</a> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|

|                                                                                                            |                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Navigationale Gesundheitskompetenz: Kontrastierende Befunde aus der Schweiz<br><i>Saskia Maria De Gani</i> | <a href="#">283</a> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|

|                                                                           |                            |
|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Katastrophenbezogene Gesundheitskompetenz und gesellschaftliche Resilienz |                            |
| <i>Marco Krüger</i>                                                       | <a href="#"><u>292</u></a> |

|                                                 |                            |
|-------------------------------------------------|----------------------------|
| Erwachsenenbildung für Krisen- und Katastrophen |                            |
| <i>Matthias Rohs, Sophie Lacher</i>             | <a href="#"><u>300</u></a> |

## **Gesundheits- und forschungspolitische Implikationen**

|                                                                                    |                            |
|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Das Europäische M-POHL-Netzwerk zur Messung der Gesundheitskompetenz               |                            |
| <i>Christina Dietscher, Robert Griebler, Christa Straßmayr, Angelika Schlacher</i> | <a href="#"><u>310</u></a> |

|                                                                           |                            |
|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Organisationale Gesundheitskompetenz – Stand der Forschung und Diskussion |                            |
| <i>Zeynep Islertas, Eva Maria Bitzer</i>                                  | <a href="#"><u>324</u></a> |

|                                                                       |                            |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Professionelle Gesundheitskompetenz in der Medizin – ein neuer Ansatz |                            |
| <i>Lennert Griese, Alexander Haarmann, Ralf Suhr, Doris Schaeffer</i> | <a href="#"><u>332</u></a> |

|                                                               |                            |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz in Deutschland |                            |
| <i>Eva Maria Bitzer, Doris Schaeffer</i>                      | <a href="#"><u>343</u></a> |

|                               |                            |
|-------------------------------|----------------------------|
| <b>Autorinnen und Autoren</b> | <a href="#"><u>353</u></a> |
|-------------------------------|----------------------------|

|                              |                            |
|------------------------------|----------------------------|
| <b>Abkürzungsverzeichnis</b> | <a href="#"><u>357</u></a> |
|------------------------------|----------------------------|

|               |                            |
|---------------|----------------------------|
| <b>Anhang</b> | <a href="#"><u>361</u></a> |
|---------------|----------------------------|





# Zu diesem Buch

Gesundheitskompetenz hat sich in den vergangenen 15 Jahren zu einem wichtigen Forschungs- und Handlungsfeld in Deutschland entwickelt. Spätestens seit der ersten Europäischen Gesundheitskompetenz-Studie (HLS-EU) aus dem Jahr 2012 und den sich daran anschließenden Studien, liegen dazu auch empirische Daten vor. Sie haben Einblicke in den Stand der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung ermöglicht, blieben aber auf Momentaufnahmen beschränkt. Was fehlt, sind systematische Analysen im Zeitverlauf, die darüber hinausgehen und Entwicklungen und Trends zum Thema sichtbar machen.

Eben hier setzt dieses Buch an. In ihm werden die Ergebnisse der dritten repräsentativen Studie zur Gesundheitskompetenz in Deutschland (HLS-GER 3) präsentiert und zugleich mit denen der Erhebung aus dem Jahr 2021 (HLS-GER 2) verglichen. Um den Vergleich zwischen dem HLS-GER 3 und dem HLS-GER 2 zu ermöglichen, wurde bei beiden Untersuchungen auf ein methodisch einheitliches Vorgehen geachtet. Auf eine Einbeziehung der ersten Studie aus dem Jahr 2016 (HLS-GER 1) wurde verzichtet, da ihr eine andere methodische Vorgehensweise zugrunde liegt.

Hinzuweisen ist allerdings darauf, dass sich zwischen den Erhebungen die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen grundlegend verändert haben. Während der HLS-GER 2 noch unter vergleichsweise stabilen Bedingungen geplant und realisiert wurde, fällt der HLS-GER 3 in eine Phase multipler, einander überlagernder Krisen. Vor allem die COVID-19-Pandemie, die 2020 ihren Anfang nahm und dramatische globale Auswirkungen hatte, stellt eine Zäsur dar. Sie hat das Vertrauen vieler Gruppen in der Bevölkerung erschüttert, dass zuverlässige Informationen über den Ablauf existenzbedrohender Ereignisse gewonnen, verbreitet und als Grundlage für wirkungsvolle politische Strategien genutzt werden können. Seither reiht sich scheinbar eine Krise oder Katastrophe mit weitreichenden Auswirkungen an die andere. Auch das Tempo und die Unmittelbarkeit dieser Krisen haben sich dramatisch erhöht und führen zu wachsender Verunsicherung der Bevölkerung.

Vor diesem Hintergrund erhalten die in diesem Buch dargelegten Ergebnisse und deren Analyse besondere Bedeutung. Denn sie ermöglichen erstmals einzuschätzen, wie sich die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland unter den sich verschärfenden Krisenbedingungen konkret verändert hat, wo sich Beständigkeit zeigt oder wo zwischenzeitlich Veränderungen, Brüche oder

auch neue Verwundbarkeiten entstanden sind. Zugleich werden neue Themen aufgenommen, darunter die Katastrophenbezogene Gesundheitskompetenz.

Den Auftakt des Buches bilden zwei einleitende Beiträge von *Doris Schaeffer* und *Ilona Kickbusch*, in denen sie grundlegende konzeptionelle und politisch-strategische Perspektiven auf das Thema erörtern. Dabei wird einerseits die Entwicklung des Forschungs- und Politikfelds nachgezeichnet, andererseits eine internationale und politische Einordnung vorgenommen, insbesondere in den Diskurs zur Gesundheitsförderung.

Im Hauptteil des Buches werden die empirischen Befunde zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland aus der HLS-GER 3-Studie vorgestellt. Nach einer konzeptionellen und methodischen Einführung präsentieren *Doris Schaeffer*, *Lennert Gries*, *Himal Singh*, *Michael Ewers* und *Klaus Hurrelmann* die Ergebnisse des HLS-GER 3 zur allgemeinen Gesundheitskompetenz, zum gesundheitsbezogenen Informationsverhalten, zur Digitalen und zur Navigationalen Gesundheitskompetenz und vergleichen sie mit den Ergebnissen des HLS-GER 2. Unter Mitarbeit von *Joachim Beckert* werden danach die Befunde zur erstmals untersuchten Katastrophenbezogenen Gesundheitskompetenz dokumentiert. Abgerundet wird dieser Teil der Ergebnisdarstellung durch eine ausführliche einordnende Diskussion. Anschließend werden die Befunde einer regional vergleichenden Analyse der Gesundheitskompetenz in den beiden Bundesländern Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen präsentiert und diskutiert.

Im nächsten Abschnitt erfolgt eine Einordnung und Einschätzung der Studienergebnisse zur allgemeinen Gesundheitskompetenz. *Uwe Bittlingmayer* befasst sich mit der Bedeutung sozialer Ungleichheit im Kontext von Gesundheitskompetenz, *Klaus Hurrelmann* geht auf die Bedeutung von Bildung für das Thema ein. Der dritte Beitrag von *Susanne Melin* reflektiert den Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz, Prävention und Gesundheitsförderung.

In drei weiteren Beiträgen werden die Ergebnisse des HLS-GER 3 zur Digitalen Gesundheitskompetenz kommentiert. *Kevin Dadaczynski*, *Sebastian Schmidt-Kaehler* und *Hajo Zeeb* greifen dabei Aspekte von individueller Verantwortung und gesellschaftlicher Zuständigkeit, von Integrität und Vertrauen in der digitalen Gesellschaft und schließlich von Entwicklungen zum Thema künstliche Intelligenz auf und setzen sie in Beziehung zur Gesundheitskompetenz.

Mit je einem Beitrag aus deutscher und schweizerischer Perspektive werden die Ergebnisse des HLS-GER 3 zur Navigationalen Gesundheitskompetenz flankiert. *Marie-Luise Dierks* bezieht sich dabei insbesondere auf das relationale Verständnis von Gesundheitskompetenz, während *Saskia De Gani* zentrale Befunde zur Navigationalen Gesundheitskompetenz in der Schweiz präsentiert und einordnet.

Das Thema Katastrophenbezogene Gesundheitskompetenz wird von *Marco Krüger* aus sicherheitsethischer Perspektive in seiner Bedeutung für die gesellschaftliche Resilienz gegenüber Krisen und Katastrophen reflektiert. *Matthias*

*Rohs* und *Sophie Lacher* rücken in ihrem Beitrag wiederum die Rolle der Erwachsenenbildung für Krisen- und Katastrophensituationen ins Blickfeld.

Den Abschluss des Buches bilden Beiträge, in denen gesundheits- und forschungspolitische Implikationen der Studienergebnisse herausgearbeitet werden. *Christina Dietscher*, *Robert Griebler*, *Christa Straßmayr* und *Angelika Schlacher* schildern die Entwicklung des Europäischen Netzwerks zur Messung und Förderung von Gesundheitskompetenz in Europa (M-POHL) mit seinen drei Bereichen Bevölkerungsbezogene Gesundheitskompetenz (HLS), Organisationale Gesundheitskompetenz und Evidenzbasierte Politik und Praxis (EVPOP). Zudem ordnen sie die deutsche Studie HLS-GER 3 in diesen Kontext ein. *Zeynep Isler*tas und *Eva Maria Bitzer* thematisieren in ihrem Beitrag die Bedeutung der Organisationalen Gesundheitskompetenz im Gesundheitssystem. Wie es um die Professionelle Gesundheitskompetenz in der Medizin bestellt ist, wird anschließend von *Lennert Griese*, *Alexander Haarmann*, *Ralf Suhr* und *Doris Schaeffer* erörtert. Abschließend diskutieren *Eva Maria Bitzer* und *Doris Schaeffer* die programmatische Bedeutung der Studienergebnisse des HLS-GER 3 für den Nationalen Aktionsplan zur Förderung der Gesundheitskompetenz in Deutschland und geben damit einen Ausblick auf künftige Entwicklungen und Aktivitäten.

Wir danken allen Autorinnen und Autoren für ihr Engagement und die reibungslose Kooperation, ohne die dieses Buch nicht möglich gewesen wäre. Gemeinsam wollen wir Impulse für die weitere wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema Gesundheitskompetenz setzen und Anregungen zur politischen Strategieentwicklung geben, die zur Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung, zur Beantwortung und Beseitigung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit, zur Gesundheitssystemgestaltung wie auch zum Umgang mit den vielfältigen Auswirkungen des digitalen Transformationsprozesses in allen Gesellschaftsbereichen herangezogen werden können. Nicht zuletzt wollen wir mit dem Buch eine Brücke von der empirischen Analyse zur konkreten Weiterentwicklung von Politik, Praxis und institutionellen Strukturen schlagen.

Mit diesem Buch richten wir uns an ein breites Publikum, von der wissenschaftlichen Fachöffentlichkeit über gesundheits- und sozialpolitisch Verantwortliche und Entscheidungsträgerinnen und -träger in Organisationen des Gesundheits- und Sozialwesens bis hin zu Akteurinnen und Akteuren, die sich – in welchem Setting auch immer – praktisch um die Förderung von Gesundheitskompetenz bemühen. Dabei geht es sowohl um individuen- als auch bevölkerungsbezogene Aktivitäten wie auch die Gestaltung gesundheits(kompetenz)förderlicher Bedingungen. Dies schließt auch alle Akteurinnen und Akteure ein, die sich in der Bildung, in den Medien und in der Zivilgesellschaft für das Thema Gesundheitskompetenz engagieren.

*Doris Schaeffer, Lennert Griese, Himel Singh,  
Michael Ewers und Klaus Hurrelmann*



# Gesundheitskompetenz – konzeptionelle Perspektiven

# Gesundheitskompetenzforschung in Deutschland – eine Zwischenbilanz in Krisenzeiten

*Doris Schaeffer*

Seit bald 15 Jahren existiert in Deutschland eine kontinuierlich wachsende Gesundheitskompetenzforschung – ein Zeitraum, in dem das Thema Gesundheitskompetenz eine dynamische Entwicklung in Deutschland durchlaufen hat, der aber auch durch tiefgreifende gesellschaftliche und gesundheitliche Krisen und rasche technologische Veränderungen geprägt ist. Eine Zwischenbilanz ist daher in doppelter Hinsicht angebracht: Zum einen, um einen Blick zurück auf die Entstehung dieses Forschungsfelds zu werfen und auszuloten, wie sich die Krisenbedingungen auf die weitere Entwicklung ausgewirkt haben. Zum anderen, um nach vorn zu schauen und zu fragen, welche Bedeutung Gesundheitskompetenz – verstanden als Teil von Public Health – künftig für die Gesundheitserhaltung und -förderung der Bevölkerung zukommen kann und sollte und was dazu geschehen muss.

Gerade aus der Public-Health-Perspektive betrachtet wird deutlich, dass Gesundheitskompetenz weit über individuelle Fähigkeiten hinausreicht und zentrale Dimensionen der Gesundheitssystem-, Organisations- und Versorgungsgestaltung und gesellschaftlicher Resilienz betrifft. In Krisenzeiten, die von der COVID-19-Pandemie und vergleichbaren Gesundheitsgefahren bis hin zu aktuellen Herausforderungen durch geopolitische Konflikte, Kriege, Zunahme von Desinformation und Fake News oder die immer deutlicheren Auswirkungen der Klimakrise reichen, stellt Gesundheitskompetenz eine eminent wichtige Ressource für die Stärkung der Fähigkeit der Bevölkerung dar, Gesundheitsrisiken und -potenziale zu verstehen, Informationen einzuordnen und auch angesichts schwieriger Kontextbedingungen entscheidungs- und handlungsfähig zu bleiben.

Ob dieses Potenzial entfaltet werden kann, hängt davon ab, ob es gelingt, das Thema Gesundheitskompetenz nachhaltig in der Forschungs- und Gesundheitspolitik<sup>1</sup> sowie in den Strukturen der Universitäten und Hochschulen zu verankern.

Vor diesem Hintergrund wird zunächst gefragt, wie die Gesundheitskompetenzforschung in Deutschland begann und wie sie sich in der von Krisen und

---

1 Das Thema Gesundheitskompetenz reicht in viele andere Politikbereiche hinein, insbesondere in die Bildungspolitik, doch wird diese Dimension hier nicht explizit behandelt.

Unsicherheiten geprägten Zeit (weiter)entwickelt hat. Dann erfolgt eine Bilanzierung und richtet sich der Blick nach vorn auf die Frage, welche Herausforderungen anstehen, um die Verankerung und Entwicklung von Gesundheitskompetenz als Forschungsfeld und Teil von Public Health voranbringen zu können.

## **Später Beginn der Gesundheitskompetenzforschung in Deutschland**

Ihren Anfang nahm die Auseinandersetzung mit Gesundheitskompetenz – der deutschen Übersetzung von Health Literacy – hierzulande in den frühen 2000er-Jahren. Dabei hatte Gesundheitskompetenz zunächst den Charakter eines Nischenthemas, das in Insiderkreisen diskutiert wurde – stimuliert durch erste Artikel und „graue paper“ aus den USA, wo damals schon eine umfangreiche Debatte und auch Forschung über Health Literacy existierte (Gupta et al., 2017; Rudd, 2017; Vogt et al., 2016). Sie stießen auf eine erste Resonanz in der Gesundheitspsychologie (z. B. Soellner et al., 2009) und teilweise auch im Bereich Public Health bzw. den Gesundheitswissenschaften (Kickbusch & Maag, 2005; Schaeffer & Dierks, 2006). Doch überwiegend riefen sie dort zunächst eher Irritation hervor, weil sich das Konzept schwer mit den damals in Deutschland geführten Debatten in Verbindung bringen ließ. Das ist nicht verwunderlich, denn das Health Literacy-Konzept entstammt ursprünglich der in den US-amerikanischen *Erziehungswissenschaften* geführten Diskussion über geringe Literalität, Bildungsungleichheit und deren gesundheitliche Folgen, die hierzulande lange Zeit wenig beachtet wurde. Das gilt auch für die hiesige Public-Health-Debatte, in der erziehungswissenschaftliche Themen und Ansätze seinerzeit so gut wie keine Rolle spielten und wenn doch, so mit eher traditionellen, defizitorientierten Konzepten der *Gesundheitserziehung*, die oft in der Tradition von *Old Public Health* standen. Dagegen setzte die noch relative junge Public-Health-Diskussion in Deutschland auf *New Public Health* und folgte einem emanzipatorischen, ressourcenorientierten Anspruch, der auf Empowerment und Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit zielte. Dies mag einer der Gründe dafür gewesen sein, dass erziehungswissenschaftliche Konzepte in ihr weitgehend außen vor blieben. Anders war die Situation in den USA, was u. a. erklären dürfte, warum sich das Health Literacy-Konzept dort sehr viel früher entfalten konnte.

Zugleich hatten dort Studien schon in den 1990er-Jahren gezeigt, dass geringe Literalität ein keineswegs geringes gesellschaftliches Problem darstellt (Kirsch et al., 1993; Murray et al., 1997). Aktuellen Zahlen der OECD zufolge hat sich das nicht wesentlich verändert: 2023 verfügten über ein Viertel (28 %) der 16–65-jährigen US-Amerikanerinnen und US-Amerikaner über eine geringe Literalität (Level 1 oder darunter, U. S. Department of Education, National Center for Education Statistics, 2024). Im OECD-Durchschnitt sind es 26 % (OECD, 2024).



Nicht unähnlich sind die Zahlen für Deutschland: 2023 lebten hier 20 % der 16–65-Jährigen, konkret 10,3 Millionen Menschen, mit geringer Literalität (Grotlüschen et al., 2025).

Speziell die US-amerikanischen Studien wiesen zudem darauf, dass sich geringe Literalität durch alle Schichten zieht, die unteren sozialen Schichten jedoch besonders trifft. Ferner zeigten sie, dass geringe Literalität folgenreich ist. Denn sie beeinträchtigt die Compliance, weil Behandlungshinweise, Verschreibungen oder Krankheits- und Medikamenteninformationen nicht gelesen und verstanden werden können, behindert den Zugang zum Gesundheitssystem, ebenso zur Prävention und Gesundheitsförderung und erschwert die Navigation (DeWalt et al., 2004; Rudd et al., 1999).

International haben diese und andere Befunde die ersten Health Literacy-Studien inspiriert, die ebenfalls in den USA entstanden sind. In der Regel beruhen sie auf einem funktionalen, literalen Verständnis von Health Literacy, das bis heute weite Teile der amerikanischen Diskussion und Forschung bestimmt. Doch setzten parallel – ebenfalls in den 1990er-Jahren – international konzeptionelle Weiterentwicklungen ein. Als prägend ist hier u. a. Don Nutbeam anzuführen, der besonders die Bedeutung kritisch-reflexiver Health Literacy unterstrich<sup>2</sup> und die Grundlage für ein Public-Health-orientiertes Verständnis von Health Literacy legte (Nutbeam, 2000; 2008), das nicht einzig auf klinische Aspekte und Compliancesicherung reduziert ist. Neben ihm sind unbedingt Ruth Parker und Scott Ratzan (2010) wie auch Rima Rudd (2017; Rudd & Anderson, 2006) zu nennen, die bereits damals darauf hingewiesen haben, dass Health Literacy nicht einzig durch persönliche Fähigkeiten geprägt wird, sondern kontextabhängig ist und zugleich die jeweils gegebenen Umgebungs- und Strukturbedingungen widerspiegelt. Über diese und andere Stationen entwickelte sich Health Literacy von einem eindimensionalen, auf funktionale Literalität beschränkten Konzept hin zu einem umfassenden, multidimensionalen, Public-Health-orientierten Konzept, das gleichermaßen auf Krankheitsbewältigung/Versorgung wie auch auf Prävention und Gesundheitsförderung zielt (Sørensen et al., 2012) und intendiert, zur Stärkung der Gesundheit und zu selbstbestimmten Entscheidungen von Menschen über ihre Gesundheit beizutragen (Kickbusch et al., 2005).

Dieses Verständnis liegt auch dem 2009 begonnenen ersten Europäischen Health Literacy Survey (HLS-EU) zugrunde, in dem erstmals die Gesundheitskompetenz in acht europäischen Ländern untersucht wurde (HLS-EU Consortium, 2012; Pelikan & Ganahl, 2017). Er bedarf allein deshalb der Erwähnung,

---

2 Nutbeam unterscheidet drei Ebenen von Gesundheitskompetenz: Die funktionale, die interaktive und die kritisch-reflexive Gesundheitskompetenz (Nutbeam, 2000).

weil das darin entwickelte Konzept und auch die Definition bis heute prägend für die europäische und die deutsche Diskussion sind.<sup>3</sup>

Der HLS-EU ist aber auch deshalb hervorzuheben, weil mit ihm faktisch der Auftakt für die Gesundheitskompetenzforschung in Deutschland erfolgte. Dazu trug sicherlich bei, dass nun erstmals empirische Daten für Deutschland vorlagen. Doch war Deutschland nur mit einem Bundesland – Nordrhein-Westfalen (NRW) – am HLS-EU beteiligt. Nach wie vor fehlten somit deutschlandweite Daten und dies gab den Anlass für die Entstehung erster deutschlandweiter Studien zur Gesundheitskompetenz (Jordan & Hoebel, 2015; Schaeffer et al., 2016; Zok, 2014). Vor allem durch die erste Studie zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland (HLS-GER 1; Schaeffer et al., 2016), die – anders als die anderen Studien – nach dem gleichen methodischen Vorgehen wie der HLS-EU durchgeführt wurde und dem Anspruch folgte, die darin für Deutschland bestehende Datenlücke zu füllen, erhielt das Thema plötzlich große Aufmerksamkeit. Denn die Studie zeigte, dass geringe Gesundheitskompetenz ein keineswegs kleines Problem in Deutschland darstellt. Besonders eine Zahl erregte die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit und auch der Politik: 54,3 % der Bevölkerung in Deutschland, so die Studienergebnisse, verfügten damals über eine geringe Gesundheitskompetenz (ebd.) – immerhin mehr als die Hälfte der Bevölkerung und mehr als für NRW im HLS-EU ermittelt worden war (HLS-EU Consortium, 2012). Daran hat sich bis heute nicht viel verändert.

Diese Zahl kam damals nahezu einem Paukenschlag gleich und weckte große Aufmerksamkeit – auch auf politischer Ebene. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gründete als Reaktion zusammen mit den Spitzenverbänden des Gesundheitswesens die „Allianz Gesundheitskompetenz“. Zur gleichen Zeit wurde unter der Schirmherrschaft des damaligen Gesundheitsministers und mit Unterstützung der Robert Bosch Stiftung von einer Gruppe ausgewiesener Expertinnen und Experten ein „Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz (NAP)“ erarbeitet (Schaeffer et al., 2018), der ein bis heute nicht eingelöstes Programm zur Förderung von Gesundheitskompetenz in Deutschland enthält. Im gleichen Jahr wurde die Förderung der Gesundheitskompetenz in den Beschluss der 91. Gesundheitsministerkonferenz aufgenommen.

Parallel gründeten sich wichtige Akteurs-Netzwerke, so etwa die Arbeitsgruppe Gesundheitskompetenz im Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF), in der zwei wichtige Memoranden zur Gesundheitskompetenz entstanden sind (Ernstmann et al. 2020; Stock et al., 2022) oder das Deutsche Netzwerk Gesundheitskompetenz (DNGK), das sich der Verschränkung von Wissenschaft

---

3 Danach wird unter Gesundheitskompetenz – grob zusammengefasst – die Fähigkeit zum Umgang mit Gesundheitsinformationen verstanden, um im Alltag tragfähige Entscheidungen treffen und umsetzen zu können, die der Erhaltung und Förderung der Gesundheit dienen (Sørensen et al., 2012).

und Praxis widmet und mittlerweile eine beachtliche interdisziplinäre Mitgliedschaft hat.

Außerdem entstanden erste Forschungsverbünde, Einzelstudien und Interventionsprojekte, die durch eine erste staatliche Forschungsförderung durch unterschiedliche Bundesministerien und später auch durch den Innovationsfond und die Deutsche Forschungsgemeinschaft (z. B. die Forschungsgruppe Health Literacy in Early Childhood Allergy Prevention, HELICAP (Apfelbacher et al., 2021) ermöglicht wurden. Zu erwähnen ist auch die Verabschiedung des § 20k SGB V, mit dem das Thema Gesundheitskompetenz in Deutschland erstmals Eingang in einen Gesetzestext fand, und der die Krankenkassen verpflichtet, Leistungen und Projekte zur Interventionsentwicklung zur Förderung der Digitalen Gesundheitskompetenz auf den Weg zu bringen – ein wichtiger Schritt, dessen Erfolg jedoch übersichtlich blieb (Scherenberg & Preuß, 2023).

In diese Zeit fällt auch die Gründung des „Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy“ der WHO Europa (M-POHL) im Jahr 2018 (Dietscher & Pelikan, 2019; Dietscher et al. in diesem Buch), dem inzwischen 28 Länder angehören. Deutschland ist Gründungsmitglied des Netzwerks, dessen Ziel es ist, anknüpfend an den HLS-EU, regelmäßige Messungen der Gesundheitskompetenz in Europa zu initiieren und durchzuführen. Eine erste in diesem Netzwerk entstandene europäische Erhebung zur Gesundheitskompetenz in 17 Ländern – der HLS<sub>19</sub> (The HLS<sub>19</sub> Consortium, 2021) – ist 2021 erschienen, ebenfalls mit deutscher Beteiligung, eine weitere internationale Studie wird aktuell durchgeführt (ebd.).

Nicht unerwähnt bleiben dürfen außerdem die zahlreichen unter dem Eindruck der Studienergebnisse entstandenen Praxisinitiativen, etwa die Aktivitäten der Landeskongressen für Gesundheit oder das Engagement von Stiftungen, die sowohl Forschungs- wie Praxisprojekte unterstützen oder selbst zur Förderung der Gesundheitskompetenz beitragen. Mehrheitlich handelte es sich um Bildungsmaßnahmen zur Verbesserung der persönlichen Gesundheitskompetenz, die auf unterschiedliche Bevölkerungsgruppen zielten (Kinder- und Jugendliche, ältere Menschen oder Menschen mit chronischer Erkrankung etc.). Auch die Erstellung von Leitfäden und Maßnahmen zur sprachlichen Vereinfachung von schriftlicher und mündlicher Information sowie von Methoden zur Verbesserung der Kommunikation stand auf der Agenda. Strukturbezogene Ansätze waren in dieser Phase noch rar und nicht alle der Aktivitäten zielten wirklich auf die Stärkung der Gesundheitskompetenz. Vielmehr handelte es sich nicht selten um Umetikettierungen bereits vorhandener, anders ausgerichteter Interventionen zur Gesundheitsförderung – ein keineswegs deutsches Phänomen (Nutbeam et al., 2018). Das ist nicht verwunderlich, denn de facto fehlte es in dieser Phase noch an ausreichend differenzierten empirischen Grundlagen für die Entwicklung und Konzipierung zielgerichteter, datenbasierter Strategien zur Förderung der

Gesundheitskompetenz – Ergebnis dessen, dass noch keine Interventionsforschung zur Gesundheitskompetenz existierte.

Freilich gab es zu Beginn auch kritische Diskussionen, die teilweise bis heute anhalten, so z. B. über die missverständliche Übersetzung von Health Literacy mit Gesundheitskompetenz und den Kompetenzbegriff, der mit dem erziehungswissenschaftlichen und pädagogisch-psychologischen Konzeptverständnis kollidiert (Klieme & Hartig, 2007; Rohs & Lacher in diesem Buch). Auch über die Konzeptunterschiede zwischen Gesundheitskompetenz und Gesundheitsförderung und Gesundheitskommunikation wurde und wird nach wie vor kritisch diskutiert. Ähnliches gilt für bestehende Divergenzen zwischen dem funktionalen Konzept von Gesundheitskompetenz, das auf die performanz- bzw. testbasierte Ermittlung persönlicher literaler Fähigkeiten konzentriert ist, und dem Public-Health-orientierten Konzeptverständnis, das vornehmlich auf populationsorientierte Erhebung und Analyse der subjektiven Schwierigkeiten im Umgang mit Information setzt (Griebler et al., 2025). Sie prägten – wie angedeutet – auch die Methodendiskussion.

Insgesamt aber ist es in dieser Zeit gelungen, nach einem zunächst zögerlichen Beginn mit hohem Tempo in die Gesundheitskompetenzdiskussion einzusteigen, den Anschluss an die internationale Forschung zu finden und in Deutschland eine beachtliche Forschung zur Gesundheitskompetenz aufzubauen. Zugleich konnten in kurzer Zeit erste wichtige Schritte des Agenda Settings auf politischer Ebene erreicht werden, sodass es schien, als könnte das Thema Gesundheitskompetenz dort rasch verankert werden und auf eine stabile politische Unterstützung und Handlungsbereitschaft setzen.

## **Gesundheitskompetenz während der COVID-19-Pandemie**

Die erfolgreiche Anfangsära endete mit dem unerwarteten Auftauchen der COVID-19-Pandemie – der wohl tiefgreifendsten globalen Gesundheitskrise des letzten Jahrhunderts, der sich später weitere Krisen und Unsicherheiten anschlossen.

In dieser Zeit wurde Gesundheitskompetenz wichtiger denn je. Denn in unerwarteten gesundheitlichen Krisenzeiten ist es entscheidend, im richtigen Moment die richtigen Informationen zum Umgang mit der Situation finden, verstehen, einordnen und für das eigene Gesundheitsverhalten und die Gesundheitserhaltung nutzen zu können, wie die COVID-19-Pandemie alsbald deutlich zeigte (Schaeffer et al., 2022).

Doch gerade diese Kompetenz war in Deutschland nicht gut ausgeprägt, wie die ersten Gesundheitskompetenzstudien gezeigt hatten. Die Ergebnisse der inzwischen durchgeführten zweiten Studie zur Gesundheitskompetenz in Deutschland (HLS-GER 2) kurz vor und während der Pandemie haben dies

noch einmal bestätigt. Sie zeigten, dass die Gesundheitskompetenz seit der ersten deutschlandweiten Messung, also innerhalb von sieben Jahren, sogar schlechter geworden war. Der Anteil geringer Gesundheitskompetenz war inzwischen auf ca. 60 % geklettert (Hurrelmann et al., 2020; Schaeffer et al., 2021). Auch die sozial ungleiche Verteilung von Gesundheitskompetenz hatte sich nicht verändert. Die Bevölkerung war in Deutschland also nicht besonders gut ausgestattet, um mit der Pandemie umzugehen, wie coronaspezifische Gesundheitskompetenzstudien bestätigten (z. B. Okan et al., 2020).

Die Stärkung der Gesundheitskompetenz war somit wichtiger denn je, zumal die Bevölkerung mit ungeheuren Lernherausforderungen konfrontiert war, *ohne* auf gesichertes Wissen zurückgreifen und *ohne* sich auf den üblichen Informationspfaden bewegen zu können. War sie dabei anfänglich mit einem Mangel an Information konfrontiert, sah sie sich schon bald einer unübersichtlichen Informationsflut gegenüber, in der die Menge an Information gefühlt rascher anstieg als die Infektionszahlen – eine Entwicklung, die längst als *Infodemie* bezeichnet wird (WHO, 2025; Zarocostas, 2020) und die durch eine Mixtur aus seriösen und falschen, manipulierten, interessengeleiteten Informationen gekennzeichnet ist, die gleichwertig nebeneinander stehen und nur schwer zu unterscheiden und einzuschätzen sind – vor allem, wenn Beurteilungskriterien fehlen. Viele Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler haben auf diese schwierige Situation und die insuffiziente Informationslage hingewiesen (z. B. Gigerenzer et al., 2022; Habersaat et al., 2020; Okan et al., 2023; Schaeffer et al., 2022).

Doch verhallten diese Appelle auf politischer Ebene weitgehend. Obschon das Thema Gesundheitskompetenz gesellschaftlich wichtiger denn je war, rutschte es paradoxerweise während der COVID-19-Pandemie auf der politischen Agenda nach unten – zunächst in der Gesundheitspolitik und später auch in der Forschungspolitik. Mit anderen Worten: Die anfänglich erfolgreiche Themenkarriere erhielt auf politischer Ebene einen empfindlichen Einschnitt, von dem sie sich bis heute nicht erholt hat und der die Hoffnung auf nachhaltige politische Unterstützung und Handlungsbereitschaft durchkreuzte.

Scheinbar unbeeindruckt von der Ausbremsung des Themas auf politischer Ebene hat die Gesundheitskompetenzforschung in dieser Zeit einen bemerkenswerten Aufschwung erfahren und sich in beachtlicher Weise weiterentwickelt. Binnen Kürze entstanden unterschiedliche online durchgeführte coronaspezifische Gesundheitskompetenzstudien und national wie international digital arbeitende Forschungsnetze, wie beispielsweise das Covid-Health-Literacy-Network, das sich der Untersuchung der studentischen Digitalen Gesundheitskompetenz während der Pandemie widmete (Dadaczynski et al., 2021). Existente Netzwerke arbeiteten wiederum digital weiter, so z. B. das M-POHL-Netzwerk, in dem während der Corona-Krise der HLS<sub>19</sub> beendet und bereits mit der Planung einer Folgestudie, dem HLS<sub>24</sub>, begonnen wurde. Daneben formierte sich eine weitere WHO-Initiative mit dem Ziel, eine globale Gesundheitskompetenzstudie

durchzuführen. Anzuführen sind außerdem die Cosmo-Studie (COVID-19 Snapshot Monitoring) mit ihren eng getakteten 70 Erhebungsintervallen und zeitnahen Befunden (Betsch et al., 2020), ebenso die Untersuchungen zur Gesundheitskompetenz von vulnerablen Gruppen, beispielsweise von Studierenden, Menschen mit Migrationshintergrund, mit chronischen Erkrankungen und/oder Behinderung oder von Langzeitarbeitslosen, um nur einige zu nennen (Berens et al., 2022; Bruland et al., 2023; Dadaczynski et al., 2021; Kogel et al., 2022; Rathmann et al., 2022a; Samkange-Zeeb et al., 2022). Außerdem erfolgten wichtige methodische Weiterentwicklungen, so etwa die Erarbeitung eines neuen Kurzinstruments (HLS<sub>19</sub>-Q12; Griebler et al., 2025; Pelikan et al., 2022) oder von themen- und bevölkerungsgruppenspezifischen Messinstrumenten zur Ermittlung der Gesundheitskompetenz. Anzuführen ist auch die Weiterentwicklung und Erprobung von (neuen) *digitalen* Erhebungsverfahren, beispielsweise von Online-Befragungen oder Online-Gruppendiskussionen. Sie hielten während der COVID-19-Pandemie auf breiter Basis Einkehr in die Gesundheitskompetenzforschung und sind inzwischen fester Bestandteil des Methodenrepertoires. Generell hat die digitale Transformation in dieser Zeit an Tempo und Dynamik zugelegt und gerade auf der Ebene der Forschung zu viel Innovation geführt.<sup>4</sup>

Ähnliches lässt sich für die Interventionsebene feststellen: In dieser Zeit starteten erste staatlich geförderte Forschungsprojekte zur Interventionsentwicklung, etwa zur Stärkung der Gesundheitskompetenz in Schulen, in Kliniken oder am Arbeitsplatz (Kirchhoff et al., 2022; Lubasch et al., 2021; Meyer et al., 2023). Ebenso sind neue Vermittlungsformate entstanden: Podcasts und andere Audioformate, Erklärvideos und neue digitale Lehr- und Lernformate – Stichwort Edutainment (Dadaczynski, 2023). Außerdem wurde angesichts des immensen Anstiegs von Desinformation während der COVID-19-Pandemie damit begonnen, an der Sicherung und Verbesserung der Qualität von Gesundheitsinformationen (Koch et al., 2021; Ollenschläger, 2021) und auch an individuell passgenauen, verlaufsspezifisch zugeschnittenen und vertrauenswürdigen Informationen zu arbeiten, z. B. durch „Trusted Health Ecosystems“ (Bertelsmann Stiftung, 2023).

Parallel hat ein Prozess der *Ausdifferenzierung* des Gesundheitskompetenz-Konzepts und auch der Forschung begonnen, der sich bis heute fortsetzt. Zwar überwiegen nach wie vor Studien zur allgemeinen Gesundheitskompetenz. Doch zunehmend mehr begann sich das Interesse in dieser Zeit der Untersuchung von themenspezifischen *Teil-Literacies* zuzuwenden, für die eigene Instrumente entwickelt wurden. Neben der digitalen Gesundheitskompetenz werden beispielsweise die navigationale, kommunikative, präventive, ernährungs- und bewegungsspezifische oder die planetare bzw. klimaspezifische Gesundheitskompetenz

---

4 Mit den Entwicklungen im Bereich KI hat sich dies in den folgenden Jahren fortgesetzt, etwa durch Möglichkeiten KI-gestützter Literaturrecherchen, Inhaltsanalysen oder Evidenzsynthesen.

untersucht. Dieser anhaltenden Entwicklung sind viele neue Detailerkenntnisse zu verdanken, die dazu beitragen, dass Gesundheitskompetenz in anderen Bereichen Beachtung findet und die Forderung nach „Health Literacy in all Policies“ umgesetzt werden kann.

Nicht weniger wichtig ist ein anders gelagerter Punkt: Dem relationalen Verständnis von Gesundheitskompetenz folgend (Parker & Ratzan, 2010), wurde von Anfang an gefordert, die Aufmerksamkeit nicht allein auf die persönlichen Fähigkeiten und Ressourcen zu richten, sondern auch auf die gegebenen Kontext- und Strukturbedingungen und die Reduktion der an die persönlichen Fähigkeiten gestellten Anforderungen – dies etwa durch Verbesserung der *Qualität von Gesundheitsinformationen* (z. B. Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin, 2016) oder Ermöglichung eines nutzerfreundlichen, gesundheitskompetenten Gesundheitssystems mit gesundheitskompetenten Organisationen, Professionen und Berufen (Dierks & Schaeffer, 2022; Pelikan, 2019; Schaefer et al., 2019; Schmidt-Kaehler et al., 2019). Angesichts der nach wie vor um sich greifenden Infodemie sind Ansätze wie diese überaus wichtig – allein, um die zunehmende soziale Ungleichheit bei der Verteilung von Gesundheitskompetenz einzudämmen. Diese Einschätzung fand und findet zwar große Zustimmung, doch ist die praktische Umsetzung eher zögerlich. Allerdings wurden auf wissenschaftlicher Ebene in dieser Phase wichtige *konzeptionelle und methodische Grundlagen für die Messung* und die Entwicklung von gesundheitskompetenten Organisationen (GkOs) erarbeitet, sei es im Krankenhaussektor oder in speziellen Bereichen der Versorgung (Bitzer et al., 2025; De Gani et al., 2020; Haarmann et al., 2025; Rathmann et al., 2022b; The M-POHL OHL Consortium, 2025a; 2025b; Islertas & Bitzer in diesem Buch) und auch in Schulen (Kirchhoff et al., 2022). Damit existieren mittlerweile wichtige Grundlagen, um die Umsetzung voranbringen zu können.

Zugleich wandte sich das Interesse in dieser Phase vermehrt den Gesundheitsprofessionen und -berufen zu, denen hohe Bedeutung für die Umsetzung des GkO-Konzepts und die Förderung von Gesundheitskompetenz zukommt (HLS-PROF Konsortium, 2023). Oft wird dabei mit Instrumenten zur Messung der *persönlichen* Gesundheitskompetenz gearbeitet, die allerdings wenig über die *professionelle* Gesundheitskompetenz aussagt, also die Fähigkeit der Gesundheitsprofessionen, gesundheitsrelevante Informationen so kommunizieren und erklären zu können, dass sie von den Rezipienten, z. B. von Patientinnen und Patienten oder An- und Zugehörigen, auch verstanden, eingeordnet, beurteilt und genutzt werden können. Dies war Anlass für ein Dreiländerkonsortium, ein neues Konzept und Messinstrument zur „Professionellen Gesundheitskompetenz“ zu erarbeiten. Die Ergebnisse der Studie unterstreichen, wie wichtig der weitere Kapazitätsaufbau auf professioneller Ebene ist und er ergänzend zur Verbesserung patientenzentrierter Kommunikation auf die Kompetenz zur *Informationsvermittlung* sowie die Professionelle digitale Gesundheitskompetenz

zielen muss, so einige der zentralen Ergebnisse (ebd., Griese & Schaeffer, 2025; Griese et al. in diesem Buch).

Es ließe sich vieles mehr anführen. Exemplarisch zeigen die Ausführungen aber bereits, dass sich die Gesundheitskompetenzforschung während der pandemiebedingten Krisensituation erfolgreich weiterentwickelte und dies trotz nachlassender politischer Unterstützung und trotz schwieriger Forschungsbedingungen. In der nachpandemischen (Krisen)Zeit hat sich daran wenig verändert und doch sind seither zahlreiche Herausforderungen sichtbar geworden, die künftig zu diskutieren und anzugehen sind, wenn Gesundheitskompetenz sich langfristig als Forschungsfeld etablieren und sein Potenzial als Part von Public Health entfalten soll. Deshalb folgt jetzt ein Blick nach vorn und bilanzierend zu den anstehenden Herausforderungen.

## **Ein Blick nach vorn: Herausforderungen bei der Entwicklung der Gesundheitskompetenzforschung**

Der covidbedingte Ausnahmezustand ist gefühlt inzwischen seit langem vorbei. Das Risiko einer mehr oder weniger gravierend verlaufenden Virusinfektion ist aber nicht verschwunden, sondern befindet sich – ähnlich wie es seinerzeit bei HIV und Aids beobachtbar war – auf dem Weg zur Normalisierung (Rosenbrock et al., 2000).

Gleichzeitig haben sich nahtlos weitere, anders gelagerte Krisen und unübersichtliche geopolitische Konflikte mit weiteren Machtverschiebungen und neuen Problemlagen und Unsicherheiten angeschlossen.

Sie treffen hierzulande auf seit langem beobachtbare gesellschaftliche Entwicklungen, die sich sukzessiv verschärft haben und ihrerseits zu inzwischen chronischen Krisen mutiert sind, so beispielsweise der Fachkräftemangel oder aber der voranschreitende, aber lange Zeit ignorierte demografische Wandel, die sich beide aktuell mit dem Altern der Baby Boomer Generation und dem anstehenden Ausscheiden dieser Generation aus dem Berufsleben weiter zuspitzen. Denn immer deutlicher zeichnet sich ab, dass das mittlerweile als fragil und wenig anpassungsfähig beschriebene Gesundheits- und Pflegesystem in Deutschland (SVR, 2023) dem damit zu erwartenden Bedarfszuwachs nicht angemessen entsprechen kann und sich seinerseits in einer Krise befindet. Insgesamt also eine komplexe Gemengelage, in der mehrere Krisen zusammentreffen, sich wechselseitig beeinflussen und verstärken, was die Steuerung nicht einfacher macht. Aber in jedem Fall ziehen sie Irritationen und Verunsicherungen nach sich.

Anzunehmen ist, dass sich die bedrohlichen Krisenzeiten mit ihren unkalkulierbaren Entwicklungen und Ungewissheiten weiter fortsetzen. Gesundheitskompetenz wird somit ein wichtiges Thema bleiben und sogar weiter an Bedeutung gewinnen. Denn angesichts der facettenreichen Krisenzeiten wird es zur



*Daueraufgabe*, sich immer wieder neu und anders mit Informationen und auch der Kompetenz zum Umgang von Gesundheitsinformationen auseinandersetzen zu müssen und diese Kompetenz angesichts immer neuer verunsichernder Herausforderungen kontinuierlich anzupassen und weiterzuentwickeln.

Zugleich zeigen sich inzwischen Überforderungsanzeichen, denn die gesellschaftlich wie individuell erforderliche Daueranpassung und der Umgang mit anhaltender Unsicherheit und Ungewissheit strengen an und erschöpfen – insbesondere Kinder und Jugendliche (z. B. Hurrelmann, 2025; McGorry et al., 2025; Ravens-Sieberer et al., 2023). Zugleich wird immer deutlicher, dass die erhoffte Rückkehr zur einst gewohnten Normalität unwahrscheinlich ist und es angesichts der Krisengemengelage jetzt heißt, mit fragiler Normalität zu leben. Damit einhergehend weiten sich Unsicherheit und Ungewissheit aus. Das verlangt seinerseits Gesundheitskompetenz, allein um die mentale Gesundheit stabil zu halten und vor Einbrüchen zu bewahren.

### *Erneutes Agenda Setting*

All das bedeutet allerdings nicht zwingend, dass die Relevanz des Themas politisch größere Aufmerksamkeit und Handlungsbereitschaft erfährt, wie die nachpandemischen Jahre gezeigt haben. Vielmehr haben sich die politischen Prioritätensetzungen verlagert, was nicht ohne Auswirkungen auf die Gesundheitskompetenzforschung geblieben ist. Denn auch die staatliche Forschungsförderung für dieses Gebiet wurde inzwischen stillschweigend mehr oder weniger eingestellt. Anders formuliert: *Agenda Setting auf der politischen Ebene wird auch künftig eine Aufgabe bleiben müssen und sogar neu anzugehen sein.* Denn ohne gesundheits- und forschungspolitische Unterstützung und Investment wird keine langfristig gesicherte, stabile Gesundheitskompetenzforschung möglich sein. Das gilt auch mit Blick auf die Kapazitätsentwicklung (Van den Broucke, 2019) im Universitäts- und Hochschulbereich. Soll Gesundheitskompetenz nachhaltig im Hochschulbereich verankert werden, ist ein Auf- und Ausbau entsprechender personeller und organisatorischer Kapazitäten unerlässlich.

### *Ermöglichung einer systematischen Forschungsentwicklung*

Zugleich ist zu fragen, wie künftig eine *systematische* Forschungsentwicklung in diesem Bereich zu ermöglichen ist. Zwar ist in der zurückliegenden Zeit in Deutschland eine bemerkenswerte, vielfältige Forschung zur Gesundheitskompetenz entstanden; aber es fehlt ihr an Kontur und Struktur und – so nochmals – auch an verlässlichen Ressourcen. Das unterminiert eine systematische, an inhaltlichen Gesichtspunkten statt an pekuniären Zwängen orientierte Forschungsentwicklung.

Die Folgen sind weitreichend, wie auch in der Gesundheitskompetenzforschung zu sehen ist. Einzelkämpfertum, relativ geringe Kooperation und Konkurrenz der Forschenden untereinander, unabgestimmte, nebeneinander herlaufende Forschungsaktivitäten mit teils widersprüchlichen Ergebnissen und eine Vielzahl an bearbeiteten Themen sind Merkmale des noch relativ jungen Forschungsfelds. Kollegialer Austausch und bilanzierende Diskussionen bleiben dabei eher auf der Strecke, sind aber nötig, um eine systematische Forschungsentwicklung zu ermöglichen (Kosmützky, 2021).

Dazu ist außerdem sinnvoll, zu *Prioritätensetzungen in der Gesundheitskompetenzforschung zu gelangen*. Mit den Memoranden des DNVF (Ernstmann et al., 2020; Stock et al., 2022) und dem Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz und seinen Strategiepapieren (Schaeffer et al., 2025) wurde dazu für Deutschland ein Aufschlag gemacht. Liest man diese Beiträge heute erneut, bestätigt sich, dass der Aufbau der Gesundheitskompetenzforschung trotz schwieriger Bedingungen gut vorangekommen ist. Freilich sind etliche Punkte offengeblieben; einige davon sollen hier konkret benannt werden:

- Nach wie vor fehlt es an einem *langfristigen, ausreichend umfassenden Monitoring*, um die Entwicklung der Gesundheitskompetenz regelmäßig zu messen und zu beobachten, den Effekt von Maßnahmen evaluieren und anzugehende Herausforderungen erkennen und beantworten zu können (Surveillance). In Deutschland sind dazu – mit dem HLS-GER 3 und der Einbindung in das WHO-M-POHL-Netzwerk – wichtige erste Schritte erfolgt, denen sich nun weitere anschließen müssen. Dabei mehr als bislang auch regionale (bundeslandspezifische oder sogar kommunale) Daten zu erheben, könnte wichtige Erkenntnisse liefern, um die Förderung von Gesundheitskompetenz vor Ort bedarfsgerecht zu gestalten.
- Eine weitere Aufgabe besteht darin, die *Interventionsforschung auszubauen*, um die Entwicklung und Erprobung zielgruppen- und lebensweltspezifischer Interventionsstrategien zur Förderung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung – besonders von Gruppen mit geringer Gesundheitskompetenz – voranzubringen und zu differenzierten, passgenauen, theorie- und evidenzbasierten Interventionen zu gelangen (auch Ernstmann et al., 2020). Ebenso steht an, die Interventionsforschung zur Realisierung gesundheitskompetenter Systeme, Organisationen und Professionen zu intensivieren – eine seit langem proklamierte Forderung, deren Umsetzung in Deutschland aber noch immer weitgehend aussteht. Wie wichtig es ist, sie anzugehen, zeigen u. a. die Ergebnisse des HLS-GER 3 zur Navigationalen Gesundheitskompetenz: Der Anteil derjenigen, die sich vor Schwierigkeiten gestellt sehen, sich im Gesundheitssystem und seinen Organisationen zurecht zu finden und die dazu nötigen Informationen zu finden und mit ihnen umzugehen, ist besorgniserregend hoch (Schaeffer et al. in diesem Buch). Er wird weniger durch Förderung der

persönlichen Gesundheitskompetenz zu verringern sein, sondern verlangt nach strukturellen Interventionen und Reformen zur Ermöglichung eines besser navigierbaren, nutzerfreundlichen Gesundheitssystems und einfach zugänglichen umfassenden Versorgungsmodellen.

- Angesichts der aktuellen gesellschaftlichen Krisenzeiten steht außerdem an, auch dieses Thema intensiver zu bearbeiten, zumal gesellschaftliche Krisen und Katastrophen jedweder Art immer auch gesundheitliche und mentale Auswirkungen haben und ihre Bewältigung zwingend einen kompetenten Umgang mit Information voraussetzt. Ähnliches gilt für die Stärkung der (Krisen-)Resilienz der Bevölkerung. Auch dafür ist ein souveräner Umgang mit Information unverzichtbar. Dass hier eine bedeutende und umfangreiche Aufgabe wartet, haben die Befunde zur erstmals untersuchten Katastrophen-bezogenen Gesundheitskompetenz im HLS-GER 3 (ebd.) unmissverständlich gezeigt.

Es ließen sich weitere Beispiele anführen, doch sollte die Message deutlich geworden sein: Statt empirischem Flickenteppich, wäre eine systematische, stärker inhaltlichen Prioritäten folgende und unter den beteiligten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern abgestimmte Forschungsentwicklung wünschenswert und sinnvoll. Das mag angesichts der zunehmenden Bedeutung von Wettbewerbsgesichtspunkten im Hochschulbereich naiv erscheinen, wäre aber dennoch förderlich für die Entwicklung der Gesundheitskompetenzforschung.

### *Vertiefung der theoretisch-konzeptionellen Diskussion*

Zugleich ist erforderlich, die *theoretisch-konzeptionellen Diskussion und Reflexion* zu intensivieren und das theoretische Fundament des Gebiets und auch der Gesundheitskompetenzforschung zu festigen – eine keineswegs neue, aber wenig angegangene Forderung (Bauer, 2019; Schaeffer & Pelikan, 2017). Dazu gehört u. a. die nicht ausdiskutierten konzeptionellen Divergenzen und Gemeinsamkeiten zwischen Gesundheitskompetenz und Gesundheitsförderung sowie zwischen Gesundheitskompetenz und Gesundheits- und Risikokommunikation oder Gesundheitsverhalten aufzugreifen und weiter zu klären. Um manche solcher Divergenzen ist es zwar leise geworden, aber sie schwelen; andere sind de-thematisiert, so z. B. die konzeptionellen Divergenzen zwischen der Health Literacy- und der allgemeinen Literacy-Diskussion (z. B. Grotluschen et al., 2025) oder zu angrenzenden Literacy-Gebieten, etwa zu Media- und Information Literacy (z. B. Hulin, 2025; Wuyckens et al., 2022). Notwendig ist auch, der Diskussion über *kritische* Gesundheitskompetenz (Abel & Benkert, 2022; Nutbeam, 2000) höheren Stellenwert zu verleihen. So wichtig die Forderung nach Stärkung kritischer Gesundheitskompetenz ist, bislang ist sie weitgehend eine Leerformel geblieben, sollte aber angesichts der weiter um sich greifenden Expansion von

Fehl- und Falschinformation sowie der voranschreitenden Veränderung von Information durch künstliche Intelligenz dringend mit Leben gefüllt und konzeptionell weiter ausbuchstabiert werden.

Außerdem ist eine *intensivere Auseinandersetzung mit dem theoretisch erreichten Entwicklungsstand* und daraus ableitbaren Weichenstellungen nötig. Zur Erläuterung sei noch einmal das Thema konzeptionelle *Ausdifferenzierungen* bzw. die Entwicklung von sogenannten „specified health literacies“ (Schulz & Hartung, 2017, S. 82) aufgegriffen. Ausdifferenzierungen sind einerseits gewinnbringend – allein, weil sie ermöglichen, auf aktuelle gesellschaftliche Themen reagieren zu können, z. B. auf die mentalen Belastungen in Krisenzeiten. Sie sind zudem kaum vermeidbar, wenn ein bestimmter Reifegrad eines Konzepts erreicht ist. Doch bergen sie andererseits immer die Gefahr der Zerfaserung und Verselbständigung in sich und können dann kontraproduktiv sein (ebd.; Mackert et al., 2015) – speziell, wenn sie *nicht* an das zugrundeliegende theoretische Konzept rückgebunden sind. Im M-POHL-Netzwerk wurde und wird deshalb großer Wert auf die Rückbindung an das Ausgangskonzept mit seinen vier Schritten der Informationsverarbeitung gelegt (Sørensen et al., 2012) sowie auf darauf Bezug nehmende Definitionen und Messinstrumente, um so eine „Familie“ von Messinstrumenten zu schaffen, die jeweils klare Verbindungen mit dem Ausgangskonzept aufweisen. Ob das ausreicht, wird abzuwarten sein. In jedem Fall ist auch dazu mehr Diskussion und Reflexion nötig, ebenso um die theoretische Fundierung zu vertiefen.

Eine weitere Herausforderung besteht darin, *theoretisch-konzeptionelle Weiterentwicklungen* anzugehen, sei es, weil sich Konzepte als nicht ausreichend fundiert erweisen oder sich gesellschaftliche Veränderungen vollziehen, angesichts derer vorhandene Konzepte (und Messinstrumente) nicht mehr ausreichend tragfähig und deshalb weiterentwicklungsbedürftig sind. Exemplarisch sei hier noch einmal die weltweite grundlegende Veränderung der Informationswirklichkeit angesprochen, die sich künftig fortsetzen wird, wie die sich ungebrochen ausweitende Infodemie und aktuell die Entwicklung der KI-basierten Informationsmöglichkeiten belegen. Gerade Krisenzeiten gehen, wie die COVID-19-Pandemie, aber auch die aktuellen Krisen- und Kriegssituationen deutlich vor Augen führen, mit einer extremen Zunahme von Fehl- und Falschinformationen und subtilen digitalen Desinformations- und Kontrollstrategien einher, die keineswegs harmlos sind: Sie ziehen ebenfalls Verunsicherungen, Belastungen und Gesundheitsbeeinträchtigungen nach sich und führen zudem zu (politisch) bedrohlichen Entwicklungen, in dem falsche, emotionalisierte Informationen strategisch eingesetzt werden, um bestimmte (politische) Ziele zu erreichen. Dabei hebeln sie gezielt Rationalitätsgesichtspunkte und bis dato gültige Normen aus, was so weit geht, dass längst von postfaktischen Gesellschaften die Rede ist (Nöller, 2021).

Angespielt ist aber auch auf die aktuell vieldiskutierten KI-basierten Informationsmöglichkeiten, bei denen das Thema Gesundheit eine zusehends größere Rolle spielt, so etwa durch spezialisierte gesundheitsbezogene Sprachmodelle, die gezielt auf Patientendaten zurückgreifen (z. B. ChatGPT Health) und dadurch individuell und situationsspezifisch zugeschnittene Gesundheitsinformationen bereitstellen können. Sie bieten einerseits faszinierende Potenziale, um Information verständlicher und personalisierter zu vermitteln. Damit ermöglichen sie, auch Gesundheitsinformationen einfacher zugänglich und leichter auffindbar und nachvollziehbar zu machen und sie zudem interaktiver, individueller und empathischer zu vermitteln, wovon speziell Gruppen mit geringer Gesundheitskompetenz profitieren dürften. Gleichzeitig aber bergen sie – wie inzwischen deutlich wurde – Gefahren in sich, weil sie oft falsche oder fabulierende Informationen (Halluzinationen) verbreiten und noch subtiler, emotions- und affektsteuernder zur Verbreitung von Falschinformation beitragen (Wendt, 2025; Zeeb in diesem Buch)<sup>5</sup> und auch, weil durch sie noch rascher und breitenwirksamer bedrohliche (globale) Entwicklungen herbeigeführt werden können (Kreps & Kriner, 2023).<sup>6</sup> Die Förderung *kritisch-reflexiver* Digitaler Gesundheitskompetenz – aber breiter gefasst als bislang – ist daher wichtiger denn je.

Insgesamt erwachsen aus diesen Entwicklungen zahlreiche Konsequenzen für die Gesundheitskompetenzforschung und Diskussion: Sie wird sich auch mit den fundamentalen Veränderungen der Informations- und Medienlandschaft durch die Infodemie, KI-basierte Informationsmöglichkeiten etc. mit ihren positiven wie negativen Effekten intensiver auseinandersetzen müssen und dabei auch das Konzept Digitaler Gesundheitskompetenz auf den Prüfstand stellen und ggf. verändern müssen.<sup>7</sup> Zugleich wird schon jetzt die noch weitergehende Frage laut, ob das überhaupt noch ausreicht oder nicht sogar eine spezifische „AI-Literacy“ gefordert und zu konzipieren ist (Hulin, 2025), was ebenfalls der Diskussion bedarf.

Eine weitere Herausforderung besteht angesichts der ungebrochenen Expansion von Fehl- und Falschinformation darin, die Bemühungen zur *Verbesserung der Qualität und Integrität von Gesundheitsinformation zu verstärken*. Sie umfasst die wissenschaftlich fundierte Erarbeitung und Sicherstellung zuverlässiger evidenzbasierter Gesundheitsinformationen in jeglicher Form, die

---

5 KI-Informationen stoßen, wie erste Befunde zeigen (Feierabend et al., 2025), speziell bei Jugendlichen auf unkritische Akzeptanz.

6 Hinzu kommt, dass digitale KI-gesteuerte Informationsmedien auch in anderer Hinsicht nicht harmlos sind, denn sie stehen im Verdacht, persönliche Daten von Nutzenden abzufischen und zweckentfremdet zu nutzen (auch Kickbusch, ebenso Zeeb in diesem Buch).

7 Das dürfte u. a. mit Konsequenzen für die vorliegenden Messinstrumente eingehen. Dabei ist zu bedenken, dass Veränderungen der Messinstrumente in Widerstreit zu der Forderung nach regelmäßigem Monitoring und Beobachtung der Entwicklung von Gesundheitskompetenz geraten dürften, weil sie vergleichbare Daten erfordern – ein Dilemma, das ebenfalls weiterer Diskussion bedarf.

zugleich *nutzerfreundlich sind*, den Problemen und Präferenzen der jeweiligen Ziel-/Adressatengruppen entsprechen und – das wird oft übersehen – den Rezeptionsgewohnheiten der jeweiligen Zielgruppe Rechnung tragen. Angesichts der Zunahme hassgefärbter, manipulativer Falschinformation sind darüber hinaus Anstrengungen dazu erforderlich, die *Integrität* von Gesundheitsinformation sicherzustellen und zu garantieren, dass Gesundheitsinformationen *neutral und unabhängig* und somit *frei von Partikularinteressen* und vertrauenswürdig sind (auch Schmidt-Kaehler in diesem Buch). Mit beiden Aufgaben – wissenschaftliche Entwicklung verbindlicher Qualitätsindikatoren für verlässliche gesundheitsrelevante Information sowie Bemühungen dazu, zu vertrauenswürdigen Informations-Ökosystemen zu gelangen – wurde international und national vor einiger Zeit begonnen (Bertelsmann Stiftung, 2023; Ratzan et al., 2025); die Ergebnisse werden abzuwarten sein.

Plädiert sei abschließend dafür, bei all dem den *Ausgangspunkt nicht zu vergessen*. Gesundheitskompetenz ist aus der Diskussion über geringe Literalität und generell über *Bildungs- und Gesundheitsungleichheit* hervorgegangen und zielte darauf, die Situation von Menschen mit geringeren Bildungs- und Gesundheitschancen zu verbessern und außerdem: Menschen zu mehr Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermächtigen. Speziell Krisen treffen sie stärker als andere (Hurrelmann in diesem Buch); viele der aktuellen und zu erwartenden digitalen Entwicklungen auch. Deshalb sollten die Gesundheitskompetenzforschung und Interventionsentwicklung dazu beitragen, speziell ihre gesellschaftlichen Teilhabemöglichkeiten und ihre Zugangschancen zu validen, nutzerfreundlichen und nutzbaren (Gesundheits-)Informationen und auch zum Gesundheitssystem im Blick zu behalten und zu verbessern – eine Herausforderung, bei deren Umsetzung noch reichlich Luft nach oben ist, zumal sich die soziale und gesundheitliche Ungleichheit in den letzten 20 bis 30 Jahren verschärft hat.

## Fazit

In Anbetracht fortdauernder und neuer, sich überlagernder Krisen und der mit ihnen einhergehenden Risiken, Unsicherheiten und Überforderungen, gewinnt Gesundheitskompetenz weiter an Bedeutung. Schon seit längerem gilt Gesundheitskompetenz als Schlüsselkompetenz für das Leben in modernen Gesellschaften (Kickbusch et al., 2005; WHO, 2013) und das trifft umso mehr auf unerwartete Krisensituationen zu. Denn dann ist Gesundheitskompetenz elementar: Souverän mit gesundheitsrelevanten Informationen umgehen zu können ist dann eine Grundvoraussetzung für die Situationsbewältigung wie auch für die gesellschaftliche und individuelle Resilienz und Sicherheit.

Während Gesundheitskompetenz in der Forschung und Praxis zunehmende Beachtung findet, bleibt die politische Aufmerksamkeit bislang hinter der

gesellschaftlichen Relevanz des Themas zurück. Das ist umso bedenklicher als geringe Gesundheitskompetenz in Deutschland – trotz leichter Verbesserungen – nach wie vor große Teile der Bevölkerung betrifft. Die Förderung von Gesundheitskompetenz ist daher dringlicher denn je, zumal sie enormes Potenzial in sich birgt, sei es auf der Ebene der Prävention und Gesundheitsförderung, der Krankheits- und Krisenbewältigung, des Selbstmanagements und der Resilienz wie nicht zuletzt auch auf der Ebene der Gesundheitskosten. Vor diesem Hintergrund bleibt es eine wichtige gesellschaftliche und politische Aufgabe, der Stärkung von Gesundheitskompetenz höheren Stellenwert zu verleihen und sich mehr als bislang für eine nachhaltige Forschungs- und Interventionsentwicklung zur Gesundheitskompetenz als integralem Bestandteil von Public Health zu engagieren.

## Literatur

- Abel, T. & Benkert, R. (2022). Critical health literacy: reflection and action for health. *Health Promotion International*, 37 (4). <https://doi.org/10.1093/heapro/daac114>
- Apfelbacher, C., Bitzer, E. M., Mattern, U. & Egger, N. (2021). Health literacy in early childhood allergy prevention: parental competencies and public health context in a shifting evidence landscape (HELICAP): Wissenschaftliche Evidenz. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1731983>
- Bauer, U. (2019). The social embeddedness of health literacy. In O. Okan, U. Bauer, D. Levin-Zamir, P. Pinheiro & K. Sørensen (Hrsg.), *International Handbook of Health Literacy* (S. 573–586). Policy Press. <https://doi.org/10.51952/9781447344520.ch037>
- Berens, E.-M., Klinger, J., Mensing, M., Carol, S. & Schaeffer, D. (2022). Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland – Ergebnisse des HLS-MIG. Bielefeld: Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK), Universität Bielefeld. <https://doi.org/10.4119/UNIBI/2960131>
- Bertelsmann Stiftung. (2023). InfoCure: Qualität sichtbar machen. Zugriff am 17.12.2025. Verfügbar unter [https://trusted-health-ecosystems.org/wp-content/uploads/2024/10/pdf-InfoCure\\_Qualitaet\\_sichtbar\\_machen\\_D.pdf](https://trusted-health-ecosystems.org/wp-content/uploads/2024/10/pdf-InfoCure_Qualitaet_sichtbar_machen_D.pdf)
- Betsch, C., Wieler, L., Bosnjak, M., Ramharter, M., Stollorz, V., Omer, S., ... Schmid, P. (2020). Germany COVID-19 Snapshot MOnitoring (COSMO Germany): Monitoring knowledge, risk perceptions, preventive behaviours, and public trust in the current coronavirus outbreak in Germany. <https://doi.org/10.23668/psycharchives.2776>
- Bitzer, E. M., Häberle, N., Rathmann, K. & Isler, Z. (2025). Organisationale Gesundheitskompetenz in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen – Stand und Perspektiven. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 68 (3), 264–273. <https://doi.org/10.1007/s00103-025-04017-5>
- Bruland, D., Mauro, A., Vetter, N. S. & Latteck, A.-D. (2023). Stärkung von Gesundheitskompetenz von Menschen mit geistiger Behinderung. Implikationen für die Gesundheitskompetenz aus einem Forschungsprojekt zur Förderung körperlicher Aktivität. In K. Rathmann, K. Dadaczynski, O. Okan & M. Messer (Hrsg.), *Gesundheitskompetenz (Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit, S. 1–13)*. Berlin, Heidelberg: Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-62800-3\\_74-1](https://doi.org/10.1007/978-3-662-62800-3_74-1)

- Dadaczynski, K. (2023). Digitale Spiele zur Förderung von körperlicher Aktivität und Fitness: Aktueller Stand, Chancen und Herausforderungen. *B&G Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 39 (06), 271–277. <https://doi.org/10.1055/a-2185-4613>
- Dadaczynski, K., Okan, O., Messer, M., Leung, A. Y. M., Rosário, R., Darlington, E., ... Rathmann, K. (2021). Digital Health Literacy and Web-Based Information-Seeking Behaviors of University Students in Germany During the COVID-19 Pandemic: Cross-sectional Survey Study. *Journal of Medical Internet Research*, 23 (1), e24097. <https://doi.org/10.2196/24097>
- De Gani, S. M., Nowak-Flück, D., Nicca, D. & Vogt, D. (2020). Self-Assessment Tool to Promote Organizational Health Literacy in Primary Care Settings in Switzerland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (24), 9497. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249497>
- Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e. V. (2016). Gute Praxis Gesundheitsinformation. Ein Positionspapier des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e. V. Zugriff am 02.02.2026. Verfügbar unter [https://www.ebm-netzwerk.de/de/medien/pdf/gpgi\\_2\\_20160721.pdf/@download](https://www.ebm-netzwerk.de/de/medien/pdf/gpgi_2_20160721.pdf/@download)
- DeWalt, D. A., Berkman, N. D., Sheridan, S., Lohr, K. N. & Pignone, M. P. (2004). Literacy and health outcomes. a systematic review of the literature. *Journal of General Internal Medicine*, 19 (12), 1228–1239. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2004.40153.x>
- Dierks, M.-L. & Schaeffer, D. (2022). Gesundheitskompetenz in Deutschland. In F. W. Schwartz, U. Walter, J. Siegrist, P. Kolip, R. Leidl, R. Busse, ... M.-L. Dierks (Hrsg.), *Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen* (4. Auflage, S. 490–500). München: Elsevier.
- Dietscher, C. & Pelikan, J. (2019). The action network for measuring population and organizational health literacy (M-POHL) and its Health Literacy Survey 2019 (HLS<sub>19</sub>). *European Journal of Public Health*, 29 (Supplement\_4). <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz185.556>
- Ernstmann, N., Bauer, U., Berens, E.-M., Bitzer, E. M., Bollweg, T. M., Danner, M., ... Stock, S. (2020). DNVF Memorandum Gesundheitskompetenz (Teil 1) – Hintergrund, Relevanz, Gegenstand und Fragestellungen in der Versorgungsforschung. *Gesundheitswesen*, 82 (7), e77–e93. <https://doi.org/10.1055/a-1191-3689>
- Feierabend, S., Rathgeb, T., Gerigk, Y. & Glöckler, S. (2025). JIM-Studie 2025. Jugend, Information, Medien. Stuttgart: Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (mpfs).
- Gigerenzer, G., Hurrelmann, K., Jonitz, G. & Schaeffer, D. (2022). Deutschland braucht eine Agentur für Gesundheitskommunikation. *Gesundheitswesen*. 84 (1), 13–15. <https://doi.org/10.1055/a-1710-6540>
- Griebler, R., Link, T., Schütze, D. & Straßmayr, C. (2025). Gesundheitskompetenz messen: Methoden und Instrumente zur Erfassung der allgemeinen Gesundheitskompetenz bei Erwachsenen. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 68 (3), 247–254. <https://doi.org/10.1007/s00103-025-04010-y>
- Griese, L. & Schaeffer, D. (2025). Professionelle Gesundheitskompetenz. Berufs- und geschlechtsspezifische Aspekte. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 68 (3), 282–292. <https://doi.org/10.1007/s00103-025-04014-8>
- Grotlüschen, A., Essert, S., Dutz, G., Buddeberg, K. & Skowranek, K. (2025). LEO PIAAC 2023 – Level One im deutschsprachigen Raum. <https://doi.org/10.25592/uhhfdm.17831>
- Gupta, R., Kim, C. J., Griessenauer, C. J., Thomas, A. J. & Ogilvy, C. S. (2017). Overview and History of Health Literacy in the United States and the Epidemiology of Low Health Literacy in Healthcare. In N. Agarwal (Hrsg.), *The Evolution of Health Literacy (Public Health in the 21st Century, S. 1–16)*. Hauppauge: Nova Science Publishers Incorporated.



- Haarmann, A., Vogt, D., Griesse, L. & Schaeffer, D. (2025). A rapid scoping review on health literate organisations with a focus on primary care. *Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.1007/s10389-025-02592-0>
- Habersaat, K. B., Betsch, C., Danchin, M., Sunstein, C. R., Böhm, R., Falk, A., ... Butler, R. (2020). Ten considerations for effectively managing the COVID-19 transition. *Nature Human Behaviour*, 4 (7), 677–687. <https://doi.org/10.1038/s41562-020-0906-x>
- HLS-EU Consortium. (2012). Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States; The European Health Literacy Survey HLS-EU. Second Revised and Extended Version.
- HLS-PROF Konsortium (Hrsg.). (2023). Professionelle Gesundheitskompetenz bei ausgewählten Gesundheitsprofessionen/-berufen. Ergebnisse der Pilotstudie HLS-PROF in der Schweiz, Deutschland und Österreich. Zürich: Careum, Hertie School, Universität Bielefeld und Gesundheit Österreich.
- Hulin, A. (2025). How does media and information literacy need to step up its game in the AI era? Zugriff am 21.01.2026. Verfügbar unter <https://www.weforum.org/stories/2025/10/media-information-literacy-ai/>
- Hurrelmann, K. (2025). Produktive Realitätsverarbeitung. Sozialisation in einer Welt voller Unsicherheiten. Weinheim: Julius Beltz GmbH & Co. KG.
- Hurrelmann, K., Klinger, J. & Schaeffer, D. (2020). Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – Vergleich der Erhebungen 2014 und 2020. Bielefeld: Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK), Universität Bielefeld.
- Jordan, S. & Hoebel, J. (2015). Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 58, 942–950.
- Kickbusch I. & Maag D. (2005). Health literacy: Towards an active health citizenship. In M. Sprenger (Hrsg.), *Public Health in Österreich und Europa. Festschrift anlässlich der Emeritierung von Univ.-Prof. Dr. med. Horst Richard Noack PhD* (S. 151–158). Lengrich: Papst Science Publishers.
- Kickbusch, I., Maag, D. & Saan, H. (2005). Enabling healthy choices in modern health societies. Background paper for the European Health Forum Badgastein 2005.
- Kirchhoff, S., Dadaczynski, K., Pelikan, J. M., Zelinka-Roitner, I., Dietscher, C., Bittlingmayer, U. H. & Okan, O. (2022). Organizational Health Literacy in Schools: Concept Development for Health-Literate Schools. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19 (14). <https://doi.org/10.3390/ijerph19148795>
- Kirsch, I., Jungeblut, A., Jenkins, L. & Kolstad, A. (1993). Adult literacy in America. A first look at the results of the national adult literacy survey. Washington, DC: National Center for Education Statistics, US Department of Education.
- Klieme, E. & Hartig, J. (2007). Kompetenzkonzepte in den Sozialwissenschaften und im erziehungswissenschaftlichen Diskurs. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, (Sonderheft Nr. 8), S. 11–29.
- Koch, K. (2021). Eckpunkte evidenzbasierter Gesundheitsinformationen. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 64 (5), 568–572. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03321-0>
- Kogel, L. M., Steeb, N., Salewski, L. D., Okan, O., Dadaczynski, K., Messer, M. & Rathmann, K. (2022). Coronaspezifische und digitale Gesundheitskompetenz im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit von Menschen mit chronischer Erkrankung und/oder Behinderung. Ergebnisse der COVID-HL-HeHLDiCo-Studie. *Gesundheitswesen*, 84 (08/09), 771–772. <https://doi.org/10.1055/s-0042-1753730>

- Kosmützky, A. (2021). Konkurrenz und Kooperation in der Wissenschaft. Traditionelle Muster und moderne Formen wissenschaftlicher Wissensproduktion. *Forschungsmagazin der Leibniz Universität Hannover*, 42–45.
- Kreps, S. & Kriner, D. (2023). How AI Threatens Democracy. *Journal of Democracy*, 34 (4), 122–131. <https://doi.org/10.1353/jod.2023.a907693>
- Lubasch, J. S., Voigt-Barbarowicz, M., Lippke, S., De Wilde, R. L., Griesinger, F., Lazovic, D., ... Brütt, A. L. (2021). Improving professional health literacy in hospitals: study protocol of a participatory codesign and implementation study. *BMJ Open*, 11 (8), e045835. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045835>
- Mackert, M., Champlin, S., Su, Z. & Guadagno, M. (2015). The Many Health Literacies: Advancing Research or Fragmentation? *Health Communication*, 30 (12), 1161–1165. <https://doi.org/10.1080/10410236.2015.1037422>
- McGorry, P., Gunasiri, H., Mei, C., Rice, S. & Gao, C. X. (2025). The youth mental health crisis: analysis and solutions. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1517533. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1517533>
- Meyer, A., Hartmann, M., Humpert, L., Bitzer, E. M. & Dierks, M.-L. (2023). Gesundheitskompetenz am Arbeitsplatz stärken – Geko-A. *Gesundheitswesen*, 85 (08/09), 772. <https://doi.org/10.1055/s-0043-1770470>
- Murray, T. S., Kirsch, I. S. & Jenkins, L. B. (1997). Adult Literacy in OECD Countries: Technical Report on the First International Adult Literacy Survey (NCES 98-053). Washington: U. S. Department of Education, National Center for Education Statistics.
- Nöller, T. (2021). Die (postfaktische) Gesellschaft... In T. Nöller (Hrsg.), *Verschwörungstheorien und Fake News* (S. 45–61). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-35748-1\\_5](https://doi.org/10.1007/978-3-658-35748-1_5)
- Nutbeam, D., McGill, B. & Premkumar, P. (2018). Improving health literacy in community populations: a review of progress. *Health Promotion International*, 33 (5), 901–911. <https://doi.org/10.1093/heapro/dax015>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal. a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15 (3), 259–267.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine* (1982), 67 (12), 2072–2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development. (2024). Do Adults Have the Skills They Need to Thrive in a Changing World? OECD. <https://doi.org/10.1787/b263dc5d-en>
- Okan, O., Bollweg, T. M., Berens, E.-M., Hurrelmann, K., Bauer, U. & Schaeffer, D. (2020). Coronavirus-Related Health Literacy: A Cross-Sectional Study in Adults during the COVID-19 Infodemic in Germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (15). <https://doi.org/10.3390/ijerph17155503>
- Okan, O., Messer, M., Levin-Zamir, D., Dadaczynski, K., Paakkari, L., Schaeffer, D. & Sørensen, K. (2023). Health literacy action framework for health emergencies and infodemics. *Information Services & Use*, 43 (2), 115–130. <https://doi.org/10.3233/ISU-230193>
- Ollenschläger, G. (2021). Gute Gesundheitsinformationen verfügbar machen: Die Qualitätsinitiative „Verlässliches Gesundheitswissen“ des Deutschen Netzwerks Gesundheitskompetenz. *Qualitas*, 20 (3), 36–37. <https://doi.org/10.1007/s43831-021-0038-7>
- Parker, R. & Ratzan, S. C. (2010). Health literacy. A second decade of distinction for Americans. *Journal of Health Communication*, 15 Suppl 2, 20–33. <https://doi.org/10.1080/10810730.2010.501094>

- Pelikan, J. & Ganahl, K. (2017). Die europäische Gesundheitskompetenzstudie. Konzept, Instrument und ausgewählte Ergebnisse. In D. Schaeffer & J. M. Pelikan (Hrsg.), *Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven* (S. 93–125). Bern: Hogrefe.
- Pelikan, J. M. (2019). Health-literate healthcare organizations. In O. Okan, U. Bauer, D. Levin-Zamir, P. Pinheiro & K. Sørensen (Hrsg.), *International handbook of health literacy. Research, practice and policy across the life-span* (S. 539–554). Bristol: The Policy Press.
- Pelikan, J. M., Link, T., Straßmayr, C., Waldherr, K., Alfes, T., Bøggild, H., ... Vrdelja, M. on behalf of the HLS<sub>19</sub> Consortium of the WHO Action Network M-POHL (2022). Measuring Comprehensive, General Health Literacy in the General Adult Population: The Development and Validation of the HLS<sub>19</sub>-Q12 Instrument in Seventeen Countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19 (21), 14129. <https://doi.org/10.3390/ijerph192114129>
- Rathmann, K., Zelfl, L., Kleine, A. & Dadaczynski, K. (2022a). Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitskompetenz von Menschen mit Behinderung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 17 (1), 59–66. <https://doi.org/10.1007/s11553-021-00828-x>
- Rathmann, K., Salewski, L., Vockert, T., Lutz, J., Spatzier, D. & Dadaczynski, K. (2022b). Tools zur Stärkung der organisationalen Gesundheitskompetenz in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 170, 21–28. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2022.02.004>
- Ratzan, S. C., Larson, H. J., Batista, C., Kuzmanovic, A., Kalb, P. E., Rabin, K. H. & Gostin, L. O. (2025). The Quality Health Information for All Commission: reinventing health communication for the digital era. *Nature Medicine*, 31 (1), 22–23. <https://doi.org/10.1038/s41591-024-03446-0>
- Ravens-Sieberer, U., Devine, J., Napp, A.-K., Kaman, A., Saftig, L., Gilbert, M., ... Erhart, M. (2023). Three years into the pandemic: results of the longitudinal German COPSY study on youth mental health and health-related quality of life. *Frontiers in Public Health*, 11, 1129073. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1129073>
- Rosenbrock, R., Schaeffer, D., Dubois-Arber, F., Moers, M., Pinell, P. & Setbon, M. (2000). The Normalization of AIDS in Western European countries. The Aids Policy Cycle in Western Europe. From Exceptionalism to Normalization. *Social Science and Medicine*, 50 (11), 1607–1631.
- Rudd, E. R. (2017). Health Literacy Developments, Corrections, and Emerging Themes. In D. Schaeffer & J. M. Pelikan (Hrsg.), *Health literacy. Forschungsstand und Perspektiven* (1. Auflage, S. 19–31). Bern: Hogrefe.
- Rudd, R. E. & Anderson, J. E. (2006). *The Health Literacy Environment of Hospitals and Health Centers*. Boston: Harvard School of Public Health.
- Rudd, E. R., Moeykens, B. & Colton, T. C. (1999). *Health and Literacy. A Review of Medical and Public Health Literature*. Annual Review of Adult Learning and Literacy. New York.
- Samkange-Zeeb, F., Singh, H., Lakeberg, M., Kolschen, J., Schüz, B., Christianson, L., ... Zeeb, H. (2022). Health Literacy Needs Among Unemployed Persons: Collating Evidence Through Triangulation of Interview and Scoping Review Data. *Frontiers in Public Health*, 10, 798797. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.798797>
- Schaefer, C., Bitzer, E. M. & Dierks, M. L. für den Vorstand des DNGK. (2019). *Mehr Organisationale Gesundheitskompetenz in die Gesundheitsversorgung bringen! Ein Positionspapier des DNGK*. Zugriff am 13.01.2026. Verfügbar unter <https://dngk.de/gesundheitskompetenz/organisationale-gesundheitskompetenz-positionspapier-2019/>
- Schaeffer, D., Bauer, U., Dierks, M., Hurrelmann, K., Kickbusch, I., Melin, S., ... Sørensen, K. (2022). Deutschland braucht mehr Gesundheitskompetenz. *Gesundheitswesen*, 84 (05), 448–456. <https://doi.org/10.1055/a-1801-6880>

- Schaeffer, D., Berens, E.-M., Gille, S., Griesse, L., Klinger, J., de Sombre, S., ... Hurrelmann, K. (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/10.4119/UNIBI/2950305>
- Schaeffer, D. & Dierks, M. L. (2006). Patientenberatung. In K. Hurrelmann, U. Laaser & O. Razum (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (4. vollständig überarbeitete Auflage, S. 845–878). Weinheim: Juventa.
- Schaeffer, D., Griesse, L. & Hurrelmann, K. (2025). Etablierung und Umsetzung des Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 68 (3), 231–239. <https://doi.org/10.1007/s00103-024-04005-1>
- Schaeffer, D., Hurrelmann, K., Bauer, U. & Kolpatzik, K. (2018). Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. Berlin: KomPart.
- Schaeffer, D. & Pelikan, J. M. (2017). Health Literacy. Künftige Herausforderungen. In D. Schaeffer & J. M. Pelikan (Hrsg.), *Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven* (S. 315–320). Bern: Hogrefe.
- Schaeffer, D., Vogt, D., Berens, E.-M. & Hurrelmann, K. (2016). Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Ergebnisbericht. Bielefeld.
- Scherenberg, V. & Preuß, M. (2023). Digitale Gesundheitskompetenz: Wie ist es um die Umsetzung des § 20k SGB V bestellt? *Monitor Versorgungsforschung*, 23 (3), 62–66. <https://doi.org/10.24945/MVF.03.23.1866-0533.2516>
- Schmidt-Kaehler, S., Schaeffer, D. & Pelikan, J. (2019). Transfer zu einem nutzerfreundlichen und gesundheitskompetenten Gesundheitssystem. *Monitor Versorgungsforschung*, 12 (5), 49–53. <https://doi.org/10.24945/MVF.05.19.1866-0533.2173>
- Schulz, P. & Hartung, U. (2017). The Future of Health Literacy. In D. Schaeffer & J. M. Pelikan (Hrsg.), *Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven* (S. 79–91). Bern: Hogrefe.
- Soellner, R., Huber, S., Lenartz, N. & Rudinger, G. (2009). Gesundheitskompetenz – ein vielschichtiger Begriff. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 17 (3), 105–113. <https://doi.org/10.1026/0943-8149.17.3.105>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. & Brand, H. (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>
- Stock, S., Isselhard, A., Jünger, S., Peters, S., Schneider, G., Haarig, F., ... Bitzer, E. M. (2022). DNVF Memorandum Gesundheitskompetenz (Teil II) – Operationalisierung und Messung von Gesundheitskompetenz aus Sicht der Versorgungsforschung. *Gesundheitswesen*, 84 (4), e26–e41. <https://doi.org/10.1055/a-1807-0853>
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2023). Resilienz im Gesundheitswesen. Wege zur Bewältigung künftiger Krisen: Gutachten 2023. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- The HLS<sub>19</sub> Consortium of the WHO Action Network M-POHL (Hrsg.). (2021). International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019–2021 (HLS<sub>19</sub>) of M-POHL. Vienna: Austrian National Public Health Institute.
- The M-POHL OHL Consortium. (2025a). Organizational Health Literacy in Hospitals. Factsheet. M-POHL.
- The M-POHL OHL Consortium. (2025b). Organizational Health Literacy in Primary Health Care Services. Factsheet. M-POHL.

- U. S. Department of Education, National Center for Education Statistics. (2024). Highlights of the 2023 U. S. PIAAC Results Web Report (NCES 2024-202). Zugriff am 17.12.2025. Verfügbar unter [https://nces.ed.gov/surveys/piaac/2023/national\\_results.asp](https://nces.ed.gov/surveys/piaac/2023/national_results.asp)
- Van den Broucke, S. (2019). Capacity building for health literacy. In O. Okan, U. Bauer, D. Levin-Zamir, P. Pinheiro & K. Sørensen (Hrsg.), *International Handbook of Health Literacy* (S. 705–720). Bristol: Policy Press. <https://doi.org/10.51952/9781447344520.ch045>
- Vogt, D., Messer, M., Quenzel, G. & Schaeffer, D. (2016). „Health Literacy“ – ein in Deutschland vernachlässigtes Konzept? *Prävention und Gesundheitsförderung*, 11 (1), 46–52. <https://doi.org/10.1007/s11553-015-0519-9>
- Wendt, T. (2025). Digitale Stimmungslagen: Medien, Emotionen und Affekte im Zeitalter Künstlicher Intelligenz. *merz | medien + erziehung*, 69 (6), 17–31. <https://doi.org/10.21240/merz/2025.6.03>
- WHO – World Health Organization. (2013). *Health Literacy. The Solid Facts*. Geneva: World Health Organization.
- WHO – World Health Organization. (2025). Infodemic. Zugriff am 17.12.2025. Verfügbar unter [https://www.who.int/health-topics/infodemic#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/infodemic#tab=tab_1)
- Wuyckens, G., Landry, N. & Fastrez, P. (2022). Untangling media literacy, information literacy, and digital literacy: A systematic meta-review of core concepts in media education. *Journal of Media Literacy Education*, 14 (1), 168–182. <https://doi.org/10.23860/JMLE-2022-14-1-12>
- Zarocostas, J. (2020). How to fight an infodemic. *The Lancet*, 395 (10225), 676. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30461-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30461-X)
- Zok, K. (2014). Unterschiede bei der Gesundheitskompetenz. Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativ-Umfrage unter gesetzlich Versicherten. *WIdO-monitor*, 11 (2), 1–12.