

## Modellbildung und empirische Modellprüfung einer Schlüsselqualifikation für gesundes Leben

# GESUNDHEITSKOMPETENZ

**Norbert Lenartz / Renate Soellner / Georg Rudinger**

Über lange Zeit war der Gesundheitsbegriff an Konzepten von Krankheit orientiert. Dieses negative Verständnis wird zunehmend abgelöst durch ein positives Gesundheitsverständnis, das Aspekte wie Wohlbefinden, Vitalität, Flexibilität und Selbstverwirklichung betont. In der Gesundheitsgesellschaft des neuen Jahrtausends (vgl. Kickbusch 2006) verfügt der Einzelne über bisher ungekannte Entscheidungs- und Handlungsmöglichkeiten zu seiner Gesundheit. Die damit einhergehende Verantwortung bringt eine Vielzahl an Herausforderungen mit sich. Wie gelingt es Menschen in diesem Kontext, ihr Leben so zu gestalten, dass Gesundheit und Wohlbefinden erreicht werden können? Die dazu notwendigen Fähigkeiten und Kenntnisse werden unter dem Begriff Gesundheitskompetenz zusammengefasst (vgl. Nutbeam 1998). Der Beitrag stellt ein Strukturmodell der Gesundheitskompetenz vor und diskutiert dessen Bedeutung für Gesundheit und Wohlbefinden anhand empirischer Befunde.

Gesundheitskompetenz wird als eine notwendige Voraussetzung für ein eigenständiges, dem Erhalt der Gesundheit zuträgliches Verhalten gesehen. Die verschiedenen Facetten der Gesundheitskompetenz ermöglichen es dem Einzelnen, vorhandene Entscheidungs- und Handlungsräume so auszugestalten, dass die eigene Gesundheit und die Gesundheit der Gemeinschaft gestärkt werden (vgl. Nutbeam 2000/Kickbusch u.a. 2005).

### Gesundheitskompetenz und *health literacy*

Über viele Jahrzehnte war es der im englischsprachigen Raum verwendete Begriff *literacy* bzw. *health literacy*, der das Konstrukt geprägt hat. Bezogen auf einen klinisch-medizinischen Kontext wurden darunter Fähigkeiten zum Lesen, Verstehen und Nutzen von Gesundheitsinformationen, beispielsweise bei Patienten, verstanden (vgl.

Soellner u.a. 2009). Dieser klinisch orientierte Ansatz prägt, auch aufgrund seiner ökonomischen Bedeutung, bis heute die Forschung und Praxis zur Gesundheitskompetenz im angloamerikanischen Raum (vgl. Baker 2006). Um die Jahrtausendwende entstand, eingeleitet durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO), ein neuer Forschungsansatz zur Gesundheitskompetenz. Der sich auch im deutschsprachigen Raum einbürgernde Begriff wird im Sinne einer Lebenskompetenz für die Gesundheit vom klinischen Kontext gelöst und neu definiert (vgl. Nutbeam 1998, 2008; Pleasant/Kuruvilla 2008). Entsprechende Definitionen fassen Gesundheitskompetenz als Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken, und entsprechend zu handeln (vgl. Spycher 2009). Zahlreiche Veröffentlichungen haben diese Konzeption aufgegriffen. Insbesondere die Erweiterung auf komplexere Fähigkeiten in

der Auseinandersetzung mit der eigenen Gesundheit (vgl. Nutbeam 2000) und die Einbindung in den Lebensalltag (vgl. Kickbusch u.a. 2005) haben sich dabei als einflussreich erwiesen.

In einem richtungweisenden Artikel hat Don Nutbeam (2000) das Konzept der Gesundheitskompetenz inhaltlich ausformuliert. Dabei werden drei hierarchisch aufeinander aufbauende Kompetenzstufen unterschieden.

- Die unterste Stufe bildet die funktionale Gesundheitskompetenz. Diese umfasst, ähnlich dem klinischen Ansatz (s.o.), grundlegende Fähigkeiten zum Lesen und Verstehen gesundheitsbezogener Informationen.
- Die zweite Stufe wird als kommunikative, interaktive Gesundheitskompetenz bezeichnet. Hier rücken fortgeschrittene soziale und kommunikative Fähigkeiten in den Blickpunkt, die es dem Einzelnen ermöglichen, eine aktive Rolle im Umgang mit seiner Gesundheit zu übernehmen.
- Die dritte Stufe bildet die kritische Gesundheitskompetenz, die eine entsprechende Auseinandersetzung mit gesundheitsrelevanten Inhalten ermöglicht. Sie umfasst Fähigkeiten zum reflexiven Umgang mit Gesundheitsinformationen und Institutionen. Gesundheitsbezogene Vorgaben oder Normen können so hinterfragt werden, um zu einem eigenständigen und differenzierten Urteil zu gelangen.

Die Bedeutung der Gesundheitskompetenz für die verschiedenen Lebensbereiche wird von der Arbeitsgruppe um Ilona Kickbusch betont (vgl. Kickbusch u.a. 2005). Dazu werden fünf Handlungs- und Kompetenzbereiche unterschieden: (1) Persönliche Gesundheit, (2) Systemorientierung (Gesundheitssystem), (3) Konsumverhalten, (4) Gesundheitspolitik und (5) Arbeitswelt.

Die Frage allerdings, über welche Fähigkeiten und Fertigkeiten jemand verfügen muss, um als gesundheitskompetent zu gelten, wurde lange Zeit nicht systematisch beantwortet. Bestehende Modelle erwähnen entsprechende

Fähigkeiten und Kenntnisse nur bei-läufig. Dazu kommt, dass eine wissen-schaftlich fundierte Modellbildung und eine empirische Modellprüfung zur Gesundheitskompetenz nicht vorgelegt wurden (vgl. Soellner u.a. 2009).

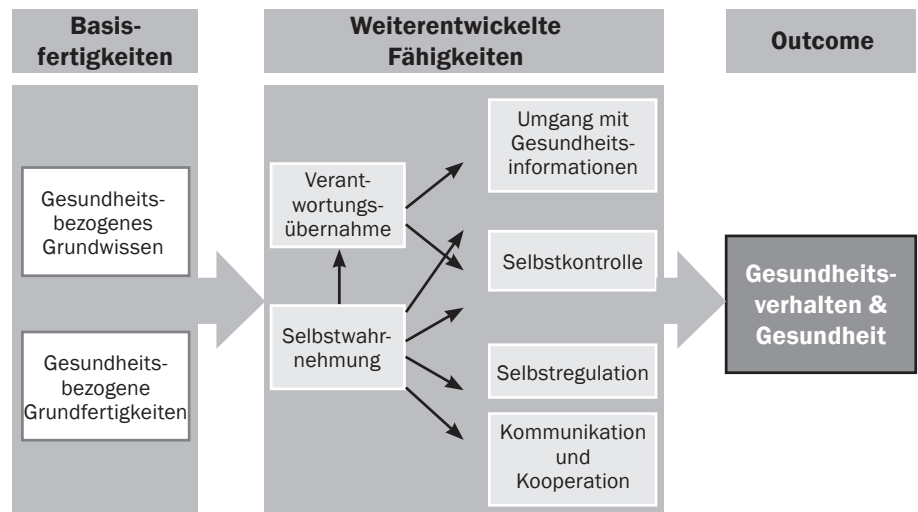
### Strukturmodell der Gesundheitskompetenz

Auf der Basis einer umfassenden Expertenbefragung und einer syste-matischen empirischen Modellbildung stellen Soellner u.a. (2010) und darauf aufbauend Lenartz (2012) ein Struk-turmodell der Gesundheitskompetenz vor. Dieses Modell beschreibt auf der Ebene von Schlüsselkompetenzen (vgl. Weinert 2001) inhaltliche Kompo-nenten der Gesundheitskompetenz und setzt sie miteinander in Beziehung (s. Abb. 1). Die Arbeiten von Nutbeam sowie die Forschung zur *health literacy* integrierend unterscheidet das Modell zwischen Basisfertigkeiten und weiter-entwickelten Fähigkeiten als übergeord-nete Kategorien der Gesundheitskom-petenz.

Die *Basisfertigkeiten* umfassen gesundheitsbezogene Grundkenntnisse und Grundfertigkeiten, wie sie bereits in der Forschung zur *health literacy* beschrie-ben werden. Dazu zählen beispiels-weise das Verständnis grundlegender Begriffe, die den Körper beschreiben, oder einfacher gesundheitsbezogener Zusammenhänge und Funktionen. Im Sinne der *health literacy* gehören zu den Basisfertigkeiten auch gesundheitsbezogene Lese-, Schreib- und Rechenfähigkeiten, die es ermöglichen, einfache gesundheitsbezogene Texte zu verstehen oder schriftliche Verordnun-gen einzuhalten.

Die *weiterentwickelten Fähigkeiten* zur Gesundheitskompetenz lassen sich in eine *perzeptiv-motivationale* Ebene und eine *handlungsorientierte* Ebene unterteilen. Ausgangspunkt der perzeptiv-motivationalen Ebene ist die gesundheitsbezogene Selbstwahrnehmung. Einer adäquaten Aufmerk-samkeit auf innere Prozesse sowie der

**Abb. 1: Strukturmodell der Gesundheitskompetenz**



Wahrnehmung eigener Empfindungen, Bedürfnisse und Kognitionen kommt eine Schlüsselrolle für die Selbst- und Verhaltensregulation zu (vgl. Carver/ Scheier 1981). Diese wird über eine gute Selbstwahrnehmung für den Ent-scheidungs- und Handlungsprozess verfügbar. Je klarer und realitätsnäher eine Person die kontinuierlich ablau-fenden inneren und äußeren Prozesse wahrnehmen kann, umso gesünder und adaptiver wird ihr Verhalten sein (vgl. Brown/Ryan 2004).

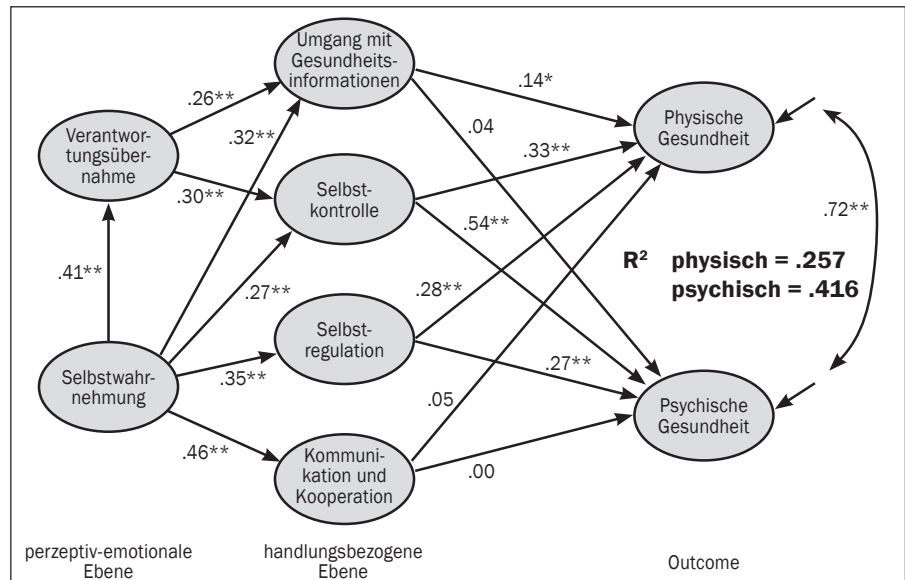
Eine aktive Verantwortungsüber-nahme für die Gesundheit mit den damit einhergehenden Prozessen der Zielauswahl und Zieldefinition bildet den *kognitiv-motivationalen* Anteil der Gesundheitskompetenz. Sie führt dazu, dass bewusst Entscheidungen für ein gesundheitsförderliches Verhalten getroffen werden. Die bewusste Verant-wortungsübernahme kann insbeson-dere die Selbstkontrolle gesundheitlich relevanten Verhaltens stärken. Die *handlungsbezogene* Ebene der Gesundheitskompetenz umfasst zum einen die Fähigkeit zum eigenständigen und kritischen Umgang mit der Vielzahl an Informationen zur Gesundheit. Diese hat lange den Kern der Diskussion zur Gesundheitskompetenz gebildet (vgl. Nutbeam 2000). Die Kommunikation zu gesundheitsrelevanten Themen, insbe-

sondere zur eigenen Gesundheit und, wo nötig, die Kooperation mit anderen Menschen, seien es Freunde oder Professionelle aus dem Gesundheits-wesen, bilden einen weiteren wichtigen Baustein für gesundheitsförderliches Handeln.

Besondere Beachtung verdienen die in der bisherigen Forschung zur Gesundheitskompetenz weitgehend vernachlässigten Fähigkeiten zur gesundheitsbezogenen Selbststeu-erung. Selbstregulation und Selbst-kontrolle bezeichnen dabei zwei Komponenten der Selbststeuerung. Während bei der Selbstregulation, wie bei einem demokratisch geführten Staat, versucht wird, möglichst viele Bedürfnisse, Gefühle, Werte und Inte-ressen im eigenen Handeln zu berück-sichtigen, ist Selbstkontrolle vor allem dann bedeutsam, wenn Handlungen trotz konkurrierender selbstrelevanter Bedürfnisse und Gefühle – quasi auto-ritär – aufrecht erhalten werden sollen (vgl. Fröhlich/Kuhl 2004). Letzteres ist beispielsweise der Fall, wenn man aus gesundheitlichen Gründen joggen möchte, obwohl einem das Sofa gerade attraktiver erscheint. Mit Hilfe der Selbstregulation gelingt es dagegen, sich selbst für das Laufen zu motivieren und eine positive Vorfreude darauf zu entwickeln.

Die Komponenten der Gesundheitskompetenz und ihre Bedeutung für die körperliche und psychische Gesundheit wurden an knapp 1.200 Personen empirisch erforscht (vgl. Lenartz 2012). Abbildung 2 zeigt exemplarisch die Ergebnisse einer Teilstudie an 337 Erwachsenen. Das Strukturmodell der Gesundheitskompetenz erklärt danach bis zu 26 Prozent der Unterschiede der körperlichen und knapp 42 Prozent der Unterschiede der psychischen Gesundheit (abzulesen am Determinationskoeffizienten  $R^2$ , der den Anteil der Gesamtvarianz der physischen und psychischen Gesundheit angibt, der über das Strukturmodell erklärt werden kann). Anhand der Pfeile in Abbildung 2 kann Folgendes abgelesen werden: Für die *perzeptiv-motivationale* Ebene ist die gesundheitsbezogene Selbstwahrnehmung für alle weiteren Kompetenzdimensionen bedeutsam. Ähnlich grundlegend ist die Rolle der Verantwortungsübernahme für die eigene Gesundheit, wobei sich ihr Einfluss auf die gesundheitsbezogene Selbstkontrolle und den Umgang mit Gesundheitsinformationen beschränkt. Auf der *handlungsbezogenen* Ebene kommt dem Umgang mit Gesundheitsinformationen ein bedeutsamer Einfluss auf die körperliche (physische) Gesundheit zu, der in seiner Ausprägung jedoch eher niedrig ist. Ein Einfluss auf die psychische Gesundheit findet sich hier nicht. Die Fähigkeiten zur gesundheitsbezogenen Kommunikation und Kooperation zeigen keinen bedeutsamen Zusammenhang mit körperlicher und psychischer Gesundheit. Demgegenüber fällt die hohe Bedeutung der gesundheitsbezogenen Selbstregulation und Selbstkontrolle für die körperliche und psychische Gesundheit ins Auge. Weitere Untersuchungen zur Bedeutung der Gesundheitskompetenz für das Gesundheitsverhalten zeigen, dass der spezifische Einfluss einzelner Komponenten des Modells in konkreten Verhaltenssituationen variiert. Je nach Anforderungen der Situation kommt der Fähigkeit zum Umgang mit Gesundheitsinformationen sowie zur Kommu-

**Abb. 2: Strukturmodell der Beziehung zwischen den Komponenten der Gesundheitskompetenz und den Skalen physische und psychische Gesundheit des WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life – Kurzfassung)**



N = 337; \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ .  $X^2 = 156.34$ ;  $df = 88$ ;  $p < .001$ , CFI = .966; TLI = .953; RMSEA = .048; SRMR = .048

nikation und Kooperation in Gesundheitsfragen eine erhebliche Bedeutung zu. Selbstregulation und Selbstkontrolle haben sich allerdings in praktisch allen handlungsrelevanten Gesundheitssituationen als wichtig erwiesen (vgl. Lenartz 2012).

Aktuell laufende Untersuchungen im Rahmen der Healthy-Campus-Initiative der Universität Bonn und der Deutschen Sporthochschule Köln haben die Gesundheitskompetenz als bedeutsamen Einflussfaktor der Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit, der Zufriedenheit mit dem eigenen Körper, der Änderung der Ernährungsgewohnheiten unter Stress sowie der Anzahl gerauchter Zigaretten bestätigt. Eine ebenfalls noch nicht veröffentlichte Studie der Universität Konstanz weist darauf hin, dass eine hohe Gesundheitskompetenz bei Unternehmern und Führungskräften diese vor Symptomen von Erschöpfung und Burnout schützt (vgl. Lenartz i.V.). Das hier vorgestellte Strukturmodell der Gesundheitskompetenz wurde bewusst auf der Ebene von Schlüsselkompetenzen formuliert, um für die

Vielfalt gesundheitsrelevanter Situationen im Alltag der Menschen anwendbar zu sein (vgl. Soellner u.a. 2010). Vor dem Hintergrund eines engeren Kompetenzbegriffs, der sich funktional auf bestimmte Klassen von Situationen und Anforderungen bezieht (vgl. Weinert 2001), ist daher eine weitere Spezifizierung des Modells notwendig. Dieser Gedanke wurde im Rahmen eines Forschungsprojekts der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) aufgegriffen (vgl. Hamacher u.a. 2012; Lenartz u.a. 2013). Es zeigte sich, dass einzelnen Komponenten der Gesundheitskompetenz im betrieblichen Kontext eine große Bedeutung zugeschrieben wird. Gleichzeitig wurde ein hoher Lernbedarf auf Seiten der Beschäftigten sichtbar. Das Strukturmodell der Gesundheitskompetenz beschreibt individuelle Fähigkeiten und Kenntnisse. Deren Entwicklung und Entfaltung ist in hohem Maße von sozialen und gesellschaftlichen Bedingungen abhängig. Daher gilt es, Verhältnisse und Kontexte zu gestalten, die gesundheitsbezogenes Lernen und

Kompetenzentwicklung beim Individuum ermöglichen.

### Verantwortung und Handlungsmöglichkeiten

Was kann also getan werden, um sicherzustellen, dass Grundkenntnisse zu Gesundheit auf dem Bildungsweg erworben werden? Was trägt dazu bei, dass eine offene und vertrauensvolle Kommunikation und Kooperation in Gesundheitsfragen möglich wird? Wie kann die kritische Auseinandersetzung mit Gesundheitsinformationen gestärkt werden? Und vor dem Hintergrund der hier dargestellten Befunde vielleicht am wichtigsten: Wie lassen sich gesundheitsbezogene Selbstwahrnehmung, Verantwortungsübernahme und Selbststeuerung entwickeln?

Das Modell liefert mit der konkreten Benennung der relevanten Kompetenzdimensionen zahlreiche Anknüpfungspunkte, um aus Wissenschaft und Praxis heraus Antworten auf diese Fragen zu finden (vgl. Lenartz 2012). Handlungsleitend kann das Strukturmodell der Gesundheitskompetenz beispielsweise im pädagogischen Umfeld, etwa in Kindergärten, Schulen und der Erwachsenenbildung, eingesetzt werden. Aber auch für die Gestaltung von Pflegebeziehungen beispielsweise von kranken oder alten Menschen lassen sich konkrete Implikationen ableiten. In größeren Kontexten wie Gemeinde, Schule oder Unternehmen kann durch die systematische Gestaltung von Lern- und Entwicklungsprozessen eine individuelle Kompetenzentwicklung zur Gesundheit und damit ein gesundheitsförderliches Verhalten, Gesundheit und Wohlbefinden gestärkt werden (vgl. Kickbusch u.a. 2005; Kickbusch 2006; Hamacher u.a. 2012; Lenartz 2012). So weitet sich der Blick über das Individuum hinaus hin auf eine gesundheitskompetente Gesellschaft, deren Ziel es ist, ein *Empowerment* ihrer Mitglieder zu Gesundheit zu fördern und dadurch einen substantiellen Beitrag zu Wohlbefinden und Wohlergehen zu leisten.

### Literatur

- Baker, D. W. (2006): The meaning and the measure of health literacy. In: Journal of General Internal Medicine, H. 21, S. 878–883
- Brown, K.W./Ryan, R.M. (2004): Fostering healthy self-regulation from within and without: A Self-Determination Theory perspective. In: Linley P.A./Joseph, S. (Hg.): Positive psychology in practice, Hoboken, NJ, S. 105–124
- Carver, C.S./Scheier, M.F. (1981): Attention and self-regulation: A control-theory approach to human behavior. New York
- Fröhlich, S./Kuhl, J. (2004): Das Selbststeuerungsinventar: Dekomponierung volitionaler Funktionen. In: Stiensmeier-Pelster, J./Rheinberg, F. (Hg.): Diagnostik von Motivation und Selbstkonzept, Göttingen, S. 221–257
- Hamacher, W. u.a. (2012): Sicherheits- und Gesundheitskompetenz durch informelles Lernen im Prozess der Arbeit. BAuA-Projektbericht F2141. Dortmund
- Kickbusch, I. (2006): Die Gesundheitsgesellschaft: Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Gamburg
- Kickbusch, I./Maag, D./Saar, H. (2005): Enabling healthy choices in modern health societies. Paper presented at the European Health Forum 2005. URL: [http://old.ilonakickbusch.com/health-literacy/Gastein\\_2005.pdf](http://old.ilonakickbusch.com/health-literacy/Gastein_2005.pdf) (Stand: 10.02.2014)
- Lenartz, N. (2012): Gesundheitskompetenz und Selbstregulation. Göttingen
- Lenartz, N. (in Vorbereitung): Gesundheitskompetenz von Unternehmern und Führungskräften.
- Lenartz, N./Eickholt, C./Blanco Trillo, S. (2013): Informelles Lernen für mehr Gesundheit und Sicherheit. In: Sicherheitsingenieur, H. 1, S. 8–12
- Nutbeam, D. (1998): Health promotion glossary. In: Health Promotion International, H. 13, S. 349–364
- Nutbeam, D. (2000): Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. In: Health Promotion International, H. 15, S. 259–267
- Nutbeam, D. (2008): The evolving concept of health literacy. In: Social Science and Medicine, H. 67, S. 2072–2078
- Pleasant, A./Kuruville, S. (2008): A Tale of Two Health Literacies: Public health and clinical approaches to health literacy. In: Health Promotion International, S. 152–159
- Soellner, R. u.a. (2009): Gesundheitskompetenz – ein vielschichtiger Begriff. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, H. 17, S. 105–113
- Soellner, R. u.a. (2010): Facetten der Gesundheitskompetenz – eine Expertenbefragung. In: Zeitschrift für Pädagogik, H. 56, S. 104–114

Spycher, S. (2009): Geleitwort. In: Schweizerisches Rotes Kreuz (Hg): Gesundheitskompetenz zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Zürich, S. 7–9

Weinert, F.E. (2001): Concept of competence: A conceptual clarification. In: Rychen, D./Salganik, L.H. (Hg.): Defining and selecting key competencies. Göttingen, S. 45–65

### Abstract

*Der Beitrag beschreibt ein Strukturmodell von Gesundheitskompetenz, bestehend aus Basisfertigkeiten und weiterentwickelten Fertigkeiten, die sich wiederum auf eine perzeptiv-motivationale und eine handlungsorientierte Ebene beziehen. Im Unterschied zur health literacy ist das Modell vom klinischen Kontext abgelöst und als Lebenskompetenz für Gesundheit angelegt. Der Beitrag wirdmet sich auch der empirischen Überprüfung des Modells sowie der Frage, wie die Kompetenz erworben werden kann.*



Dr. Norbert Lenartz, Diplom-Psychologe. Inhaber von »working well: gute Arbeit!«, Konstanz.

Kontakt: [norbert.lenartz@workingwell.de](mailto:norbert.lenartz@workingwell.de)



Prof. Dr. Renate Soellner lehrt Methodenlehre und Evaluation an der Universität Hildesheim.

Prof. em. Dr. Georg Rudinger, geschäftsführender Gesellschafter der Gesellschaft für empirische Sozialforschung und Evaluation, Bonn.